Nr. 28 i 29. 17. lipca 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. N. GĄSIOROWSKI. Lwów.

O etjologji i epidemjologji twardzieli *).

Państwowy Zakład Higieny Filja we Lwowie.

Na zaszczytne wezwanie *Komitetu Organizacyjnego I-szego Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich* mam zamiar podać Szanownym Kolegom rzut historyczny na dotychczasowy tok badań nad etjologją i epidemjologją schorzenia, zwanego twardzielą. Jak wiemy, w r. 1882 badacz wiedeński Frisch poraz pierwszy zauważył w 12 przypadkach twardzieli klinicznie stwierdzonej, obecność charakterystycznych prątków w chorobowo zmienionej tkance ziarninowej i w wydzielinie błony śluzowej nosa i gardła chorych.

Początkowe stanowisko Frischa, który drobnoustrojom tym przypisywał znaczenie patogenetyczne, uległo z biegiem czasu zachwianiu. Bliższe bowiem badania (Friedländer, Abel, Löwenberg, Paltauf, Eiselsberg, Babes, Cornil, Halbwachs, Alvares, Strübing, Paulsen) wykazały, że prątki Frischa pod względem postaciowym i życiowym są bardzo zbliżone do niektórych odmian z tak zwanej grupy Friedländera, wobec czego wyodrebnienie ich, a temsamem ustalenie związku etjologicznego z chorobą, natrafia na trudności nieprzezwyciężone.

We wzajemnem podobieństwie prątków Frischa, Friedländera, Abel-Löwenberga *(ozaena)* i *bac. capsulatus Pfeifferi* możemy wyróżnić cechy zupełnie identyczne, powtarzające się stale, a przez dotychczasowe badania zgodnie potwierdzone. Postaciowo przedstawiają się one wszystkie jako laseczki o wymiarach zmiennych (1·5—3 μ długie, 0·5—0·8 μ szerokie), nieporuszające się, niewytwarzające zarodników i niebarwiące się metodą Grama. Należąc do średnio odpornych drobnoustrojów, giną szybko w ciepłocie 60° C. W tkankach i wydzielinach ustroju posiadają wyraźną otoczkę, zanikającą na pożywkach sztucznych. Niezwykle łatwo rozwijają się one na wszystkich niemal podłożach, tak w warunkach tlenowych, jak beztlenowych, tworząc bujne hodowle śluzowe. Żaden z wymienionych typów nie rozpuszcza żelatyny.

W biochemicznem zachowaniu się ich na pożywkach, w odczynach serologicznych i w sposobie działania na zwierzęta wyłaniają się już pewne różnice, na podstawie których Wilde starał się stworzyć szemat, umożliwiający zróżnicowanie poszczególnych odmian. Usiłowania te zawiodły, skoro przekonano się, że cała grupa Friedländera jest nieustalona, chwiejną i zależnie od warunków zewnętrznych (jak światło, ciepłota) łatwo zmienna, wskutek czego szczepy tego samego typu mogą zachowywać się odmiennie (de Simoni).

Na dowód pozwolę sobie zwrócić uwagę na niektóre fakta, osłabiające podwalinę, na której poprzednio opierała się diagnostyka różniczkowa. Otóż w biochemicznem zachowaniu się grupy Friedländera niezdolność wytwarzania indolu, jako jedna z cech, której przypisywaliśmy wartość zasadniczego znaczenia, nie jest tak pewną i stałą, skoro istnieją szczepy prątka twardzieli dające dodatni odczyn indolowy (Neisser).

Zachowanie się na pożywkach węglowodanowych wykazuje tu również silne wahania. Prątek Frischa, który z reguły wywołuje tylko kwaśną fermentację cukru gronowego, może niekiedy spowodować i fermentację gazową (Strong); pożywkę z cukrem mlekowym pozostawia bez zmiany, czasem jednakże nadaje jej odczyn zasadowy (Russ), lub lekko kwaśny (Wilde); a nawet silnie kwaśny (Small-Julianelle); cukier trzcinowy fermentuje kwaśno bez gazu (Snijders), lub z gazem (Babes). *Prątek Friedländera również zachowuje się różnorodnie.* Z reguły wywołuje kwaśną i gazową fermentację cukru gronowego, jakkolwiek może i nie wytwarzać gazów (Clairimonts, Russ); zdaniem jednych (Kabelik) nie fermentuje cukru mlekowego, według innych wywołuje fermentację kwaśną (Wilde), lub kwaśną i gazową (Friedberger-Ungermann).

Na podobne trudności natrafia się również przy odczynach serologicznych. Metoda aglutynacyjna technicznie nie nadaje się do użytku z powodu śluzowego charakteru hodowli, a po sztucznem usunięciu otoczki za pomocą ogrzewania i zakwaszania daje wyniki niepewne (Eisler-Porges). Co do wartości odczynu Bordet-Gengou zdania są podzielone. Goldzieher i Neuberg mieli wyodrębnić tą drogą prątki twardzieli, natomiast inni uzyskali wyniki niepewne (Galli-Valerio, Bertarelli, Nagy, Suess), a Babes wobec braku innych cech trwałych, swoistych, odpowiadających postulatom Kocha, odmawia samemu tylko odczynowi wiązania dopełniacza wartości decydującej, ponieważ każdy drobnoustrój pobudzając organizm przez dłuższy czas do wytwarzania przeciwciał, może oddziaływać wobec nich swoiście, nie będąc koniecznie powodem schorzenia.

Wypada tu jeszcze wspomnieć o odczynie skłaczkowania polecanym przez Porgesa i Eislera i odczynie skórnym Pawłowskiego i Soukupa, który po śródskórnem wstrzyknięciu wyciągu z hodowli prątków Frischa występuje tylko przy schorzeniu twardzieli a przy innych chorobach dróg oddechowych wypada ujemnie. Co do istotnej wartości tych odczynów na razie brak potwierdzenia w dotychczasowem piśmiennictwie.

W działaniu na zwierzęta można zauważyć w grupie Friedländera tylko różnice ilościowej natury. Najwrażliwszą jest myszka biała, następnie świnka morska, a najodporniej zachowuje się królik. Nasilenie objawów zależne jest od dawki. Często już po bardzo małej dawce zaszczepionej podskórnie, myszka biała ginie do 48 godzin a obraz sekcyjny wykazuje powiększenie śledziony, gruczołów chłonnych i silne przekrwienie nadnerczy. Zwierzęta zaszczepione hodowlą lub przesączem hodowli prątków Frischa i Friedländera często giną wśród objawów kacheksji. Doświadczenia Stefanowa, który po zaszczepieniu hodowli, lub tkanki twardzieli do przedniej komory oka świnki morskiej miał stwierdzić odczyn pod formą bujania ziarninowego z komórkami Mikulicza, pozostają bez swoistego znaczenia, ponieważ i prątki Friedländera mogą wywołać te same zmiany, ponadto odczyny te jako przejściowe znikają bez śladu po upływie kilku tygodni (Babes). Również i doświadczenia Krausa dwukrotnie powtórzone, w których po powierzchownem zaszczepieniu świeżych hodowli twardzieli miał wywołać swoiste zmiany na skórze myszy białych, stają się mniej przekonywające, skoro podobne zmiany otrzymał Babes z prątkami Friedländera.

Opierając się na przytoczonych faktach przeważająca liczba badaczy (Abel-Halbwachs, Babes, Lehmann-Neumann, Friedberger, Ungermann) dochodzi do przekonania, że wzajemne pokrewieństwo prątków z grupy Friedländera jest zbyt silne a różnorodność zachowania się tych samych odmian zbyt daleko posunięta, by za pomocą dotychczasowej techniki rozpoznawczej można było określić i jasno wyodrębnić poszczególne typy. Tem samem w dalszej konsekwencji wynikałoby, że na razie brak nam odpowiednich danych, którebyz całą pewnością mogły być dowodem etjologicznego związku zachodzącego między prątkiem Frischa a schorzeniem twardzieli.

Sprawa więc zasadniczego znaczenia jako nierozwiązana pozostała niejako na martwym punkcie przez dłuższy okres czasu i dopiero badania ostatnich lat pobudziły ją powtórnie do życia. Pierwszorzędną zasługę w nowo poczętej akcji należy przyznać badaczom czeskim. Pierwszy Kabelik zauważył, że w diagnostyce różniczkowej prątków z grupy Friedländera ważną rolę odgrywa sposób zachowania się ich wobec nalewki lakmusowej. Zdaniem jego za pomocą pożywek zawierających lakmus, cukier gronowy i mlekowy można zawsze i pewnie wyróżnić poszczególne odmiany według następującego szematu:

	Lakmus	Cukier gronowy		Cukier mlekowy	
		fermentacja			
	redukcja	kwaśna	gazowa	kwaśna	gazowa
prątek Frischa	0	+	0	0	0
„ Abel-Löwenberga	0	+	+	0	0
„ Friedländera	+	+	+	0	0
„ Pfeiffera	+	0	0	0	0

*) Wykład wygłoszony na I Ogólnym Zjeździe Lekarzy Słowiańskich w Warszawie dnia 26 maja 1927.

Wobec poprzednio już przytoczonych zapatrywań, mimowolnie nasuwają się poważne wątpliwości, czy na tym sposobie różniczkowania, w który znów wchodzą w rachubę pożywki z cukrem gronowym i mlekowym, można polegać.

Ważniejsze zdaje się znaczenie przyznać należy ostatnim wynikom zyskanym drogą serologiczną. Szereg badaczy jak Kabelik, Ninger, Tomasek, Quast, Ebert, Feldmann i Gerkes — wykonując w większej ilości przypadków odczyn wiązania dopełniacza z surowicami osób badanych, otrzymują zgodnie dodatnie wyniki w przypadkach klinicznie stwierdzonej twardzieli, podczas gdy wszystkie próby kontrolne przy innych schorzeniach dróg oddechowych i z surowicami osób zdrowych, jak również z heterologicznymi wywoływaczami (Friedländer, ozaena) wypadały im stale ujemnie.

W odpowiedzi na pytanie, czy na podstawie powyższych wyników można już z całą pewnością mówić o swoistem i patogenetycznem znaczeniu prątków Frischa, byłoby bezpieczniej na razie zachować pewną powściągliwość. Jak Elbert, Feldmann i Gerkes sami zwracają uwagę, że wśród szczepów twardzieli jedne z tą samą surowicą chorego wywołują, inne nie wywołują odczynu wiązania dopełniacza, wskutek czego używają wielowartościowego wywoływacza. Mimowoli więc nasuwa się pytanie, czy i wśród innych typów z grupy Friedländera, użytych do kontroli, nie zachodzi podobna różnorodność serobiologicznego zachowania się. Z teoretycznego punktu widzenia *dopiero gruntowna rewizja wzajemnego stosunku większej ilości szczepów do siebie mogłaby tę bardzo jeszcze zawiłą sprawę rozwiązać.* O ile badania te potwierdzą wyniki Elberta, Feldmanna i Gerkesa, uzyskałoby się niezwykle wartościową metodę rozpoznawczą, zwłaszcza przy początkowych zmianach chorobowych, jak również w przypadkach atypowo umiejscowionych i niedostępnych dla klinicznego zbadania.

Kończąc dział ten chciałbym jeszcze wspomnieć o dotychczasowych wynikach badań wykonywanych obecnie we Lwowie a poczętych i pozostawionych w spuściźnie przez wielce *Czcigodnego Mego Profesora Dr. P. Kucerę i nieodżałowanej pamięci Kol. Dr. Leona Krzemickiego.*

Pracownicy lwowskiej Filji Państwowego Zakładu Higjeny Dr. Meisel i Mikulaszek wyosobnili w 64% przypadków klinicznie rozpoznanej twardzieli szczepy zupełnie odpowiadające tak zwanym prątkom twardzieli opisanym przez Kabelika. Ponieważ równocześnie udało im się wykazać takie same prątki w treści błony śluzowej gardła osoby zupełnie zdrowej, postanowili pod wpływem pewnych wątpliwości, czy szemat Kabelika jest wystarczający, zastosować metodę oznaczania stężenia jonów wodorowych za pomocą błękitu bromotymolowego celem dalszego różnicowania swych szczepów. Wyniki uzyskane na pożywce peptonowej czystej i z 1% dodatkiem cukru gronowego, mlekowego, owocowego i gliceryny przedstawiają się następująco:

a) szczepy wyosobnione z przypadków twardzieli, a według Kabelika odpowiadające prątkom twardzieli „*alkalizują wodę peptonową* czystą o początkowem Ph 6·9 do 7·85; w wodzie peptonowej z cukrem mlekowym rozpadają się one *na 2 grupy,* z których jedna alkalizuje pożywkę do Ph 7·7 a druga nie zmienia pożywki, lub alkalizuje ją słabo do Ph 7·1.

b) prątki wyosobnione u osób zdrowych a odpowiadające zachowaniem się wobec lakmusu i węglowodanów prątkom twardzieli, *zakwaszają wodę peptonową czystą* poniżej Ph 6·15; w wodzie peptonowej z gliceryną i z cukrem mlekowym nie zmieniają Ph;

c) wszystkie inne odmiany grupy Friedländera zachowują się rozmaicie wobec wody peptonowej czystej, a *wodę peptonową z cukrem mlekowym zakwaszają* do Ph 6·35;

d) wszystkie szczepy tak zwane twardzielowe, jak również i inne z grupy Friedländera zakwaszają wodę peptonową z cukrem gronowym, owocowym i gliceryną w granicach Ph 6·7 — poniżej 6·15.

Dwa pierwsze typy prątków alkalizujących wodę peptonową (a) nie różnią się między sobą pod względem serologicznym; co do trzeciego typu (b) zakwaszającego wodę peptonową brak bliższych danych, ponieważ w międzyczasie zaginął.

Interesująco przedstawiają się dotychczasowe wyniki badań serobakterjologicznych.

Surowice wysokowartościowe, które Meisel i Mikulaszek otrzymali z tak zwanych szczepów twardzieli, odpowiadających szematowi Kabelika alkalizujących wodę peptonową, dają dodatni odczyn Bordet-Gengou z wszystkimi szczepami tej grupy do wysokości miana; z innymi szczepami z grupy Friedländera odczyn wypada ujemnie.

Wyjątek stanowiłyby tu tylko 2 szczepy, wywołujące kwaśną fermentację cukru gronowego i mlekowego, z którymi odczyn wiązania dopełniacza dochodzi do połowy miana, względnie nawet i powyżej miana. Swoistość odczynu okazała się w tych przypadkach pozorną, skoro wysokowartościowe surowice otrzymane z tych właśnie 2 szczepów, dawały wiązanie dopełniacza tylko z swoimi szczepami, natomiast zachowały się zupełnie biernie wobec tak zwanych prątków twardzieli i innych z grupy Friedländera.

Wysokowartościowe surowice, otrzymane z innych grup Friedländera, w odczynie wiązania dopełniacza wobec prątków odpowiadających twardzieli zachowały się obojętnie.

Z dotychczasowych spostrzeżeń Meisla i Mikulaszka wynikałoby, *iż drogą odczynu wiązania dopełniacza, wykonanego naprzemian wysokowartościowemi surowicami, można wyodrębnić tak zwane prątki twardzielowe jako grupę swoistą t. j. nieredukującą nalewki lakmusowej, niezmieniającą cukru mlekowego, wywołującą tylko kwaśną fermentację cukru gronowego a alkalizującą wodę peptonową.*

Stanowisko to poparły również próby aglutynacyjne. Zauważyli bowiem, że znaczny procent szczepów po dłuższem przeszczepianiu na pożywkach stałych traci charakter hodowli śluzowej, dzięki czemu bez żadnych sztucznych zabiegów, jak ogrzewanie i zakwaszanie, nadają się bardzo dobrze do próby aglutynacyjnej. *Odczyn zlepny, wykonany naprzemian z wysokowartościowemi surowicami, tak zwanemi twardzielowemi i innemi z grupy Friedländera, wypadał dodatnio do wysokości miana z szczepami grupy homologicznej.*

Badania w kierunku zachowania się surowic osób chorych i zdrowych, następnie odczynu skórnego, jak również leczniczego działania przesączów hodowlowych są obecnie w toku.

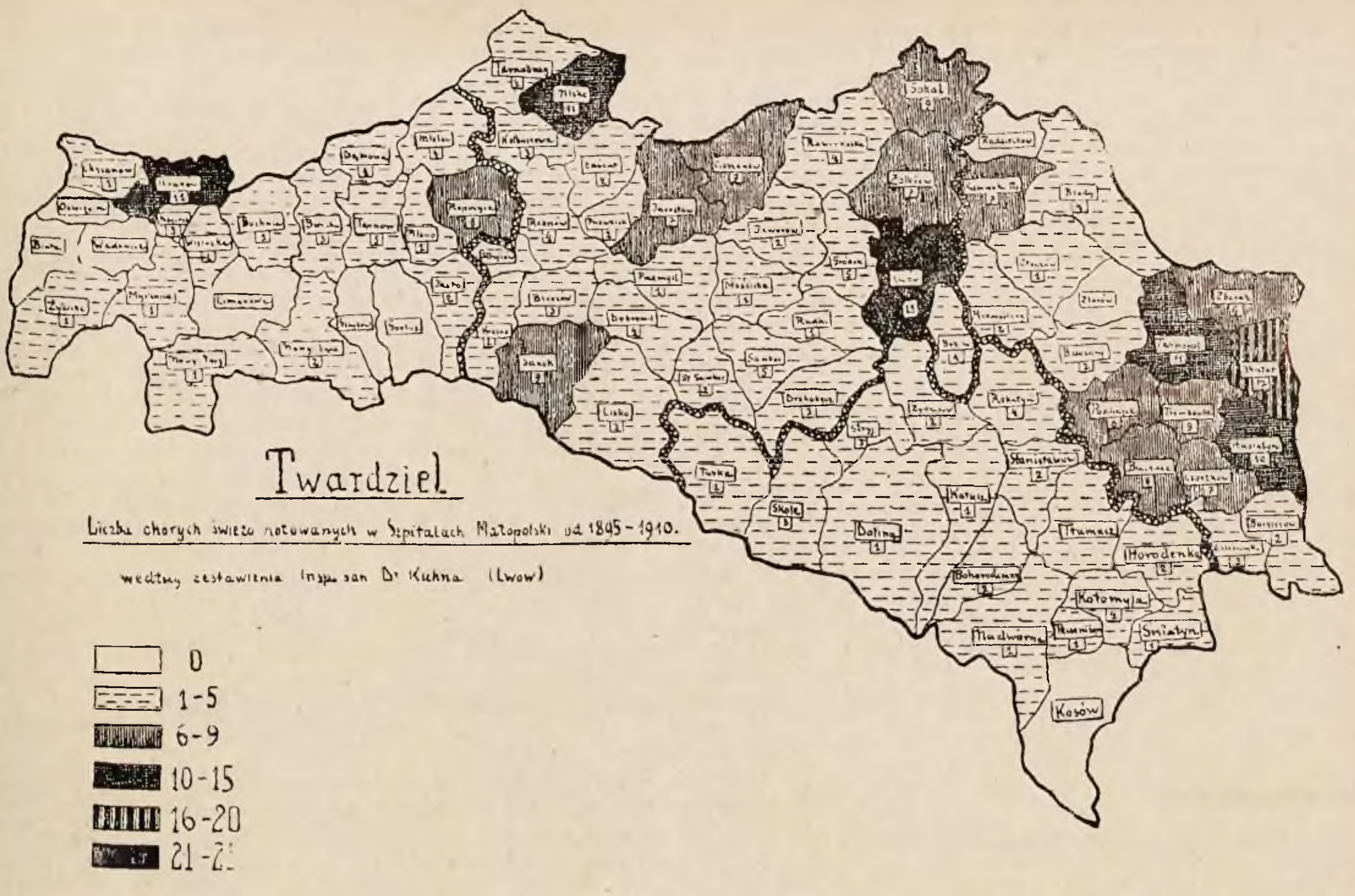
Przystępując do omówienia epidemjologji twardzieli wypada z góry zaznaczyć, że temat ten jest bardziej niewdzięczny i przysparza więcej trudności prelegentowi, aniżeli poprzedni. Otwarcie musimy się przyznać, że dotychczasowe wiadomości nasze zdobyte w tym kierunku są bardzo niedokładne, niemal znikome. Nieznane są nam źródła i drogi szerzenia się choroby, jak również warunki usposabiające, brak nam systematycznej obserwacji klinicznej i bakterjologicznej chorych pozostających poza obrębem zakładów leczniczych, kontrola osób z najbliższego otoczenia chorego zupełnie niedomaga a statystyka wobec nieobowiązującego zgłaszania przypadków zachorowań jest nieścisłą, dorywczą.

Endemicznem siedliskiem twardzieli jest środkowo-wschodnia część Europy, zamieszkała przeważnie przez Słowian. Schorzenie to wobec tak ciekawego rozmieszczenia geograficznego — nazwane *trądem słowiańskim* — gnieździ się głównie w Polsce i południowej części Rosji, a ze znacznie słabszem nasileniem w Czechosłowacji i północnej części Rumunji. Sporadyczne przypadki pojawiają się we Włoszech i w południowej Hiszpanji. Poza obrębem Europy wykazano ogniska endemiczne — tylko wśród uchodźców — w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i sporadyczne przypadki na Sumatrze i w Marokko (Pawłowski, Pachoński, Żebrowski, Elbert, Feldmann, Gerkes, Snijders, Dekester-Martin).

Jak ze znanych mi dat wynika, największem środowiskiem endemicznie panującej twardzieli byłaby Małopolska a zwłaszcza jej część wschodnia. Liczby notowanych tu przypadków są przerażająco wyższe, niż gdzieindziej. I tak w ostatnich kilkunastu latach przeciętna nowo przyjętych i leczonych chorych wynosi rocznie we Lwowie 41, w Krakowie 18, Lublinie 13, Bernie mor. 5 (Zalewski, Pachoński, Żebrowski, Ninger).

Chcąc odpowiedzieć przynajmniej na niektóre zagadnienia epidemjologiczne, dotyczące rozwoju twardzieli w Małopolsce, korzystam z jedynej statystyki, jaką rozporządzam, zebranej i oddanej mi łaskawie do użytku przez inspektora sanitarnego Dr. A. Kuhna. Otóż do r. 1910 liczba świeżo notowanych chorych, leczonych w szpitalach w 15-letnim okresie czasu, wynosiła w całej Małopolsce 311 osób, z czego przeważna część (204) przypada na wschodnią część kraju. Według miejsca zamieszkania i stałego pobytu chorych, z pośród 81 powiatów, lwowski i skałacki wykazują najwyższą liczbę osób leczonych, w innych powiatach liczba ta jest mniejszą, a w ośmiu (Kosów, Zborów, Biała, Gorlice, Grybów, Limanowa, Oświęcim, Wadowice) statystyka w ogóle nie wykazuje chorych leczonych (mapa epidemjologiczna). Wobec braku obowiązkowego donoszenia o świeżych przypadkach twardzieli, daty powyższe tylko w przybliżeniu podają nam obraz rozmieszczenia się twardzieli w Małopolsce, ogólna natomiast liczba chorych w kraju t. j. i tych, którzy w danym czasie nie zgłosili się do szpitali, pozostaje nieznana.

Z podziału według płci, narodowości i wyznania przeważająca część przypadałaby na płeć żeńską i Rusinów. Podobnie jak stwierdzają Pachoński i Zalewski, również i według statystyki Kuhna schorzeniu ulegają najczęściej osoby między 20—30 rokiem życia (41·4%), następnie między 10—20 rokiem (31·8%),



pozatem w innych okresach życia liczba zachorowań obniża się znacznie.

Wśród chorych przeważnie zauważa się osoby pracujące fizycznie a szczególnie zajęte gospodarstwem wiejskiem (P a c h o ń s k i, Ż e b r o w s k i, E l b e r t, F e l d m a n n, G e r k e s). Według K u h n a na 311 chorych przypada 278 gospodarzy i zarobników wiejskich.

Jeszcze bardziej nieznane są nam drogi szerzenia się choroby. Nie mając dowodów i gubiąc się wśród przypuszczeń przyjmujemy na razie z zastrzeżeniem, że zarazek prawdopodobnie przedostaje się z chorego na osobę zdrową za pośrednictwem wdychiwanego powietrza (B a u r o w i c z, P a c h o ń s k i). Równocześnie P a c h o ń s k i zwraca uwagę na pewne momenta osłabiające powyższy sposób tłumaczenia tej sprawy. Jak spostrzeżenia kliniczne dowodzą, pierwotne zmiany twardzieli stosunkowo często pojawiają się w krtani, mimowoli więc nasuwa się pytanie, dlaczego zarazek przedostając się drogą wdychiwanego powietrza pomija tu pierwsze odcinki dróg oddechowych, mianowicie błonę śluzową nosa i gardła.

W ogóle co do sprawy przenoszenia się zarazka z jednej osoby na drugą zachodzą poważne wątpliwości, skoro, jak podaje P a c h o ń s k i, na klinice krakowskiej w czasie długoletniej obserwacji nie zauważono nigdy, by jednostki o innem schorzeniu przebywające wspólnie z chorymi na twardziel uległy zakażeniu.

Badania kliniczne wskazują również (P a c h o ń s k i, Ż e b r o w s k i), że pojawienie się twardzieli u członków tej samej rodziny należy do rzadkości. Na 311 chorych w statystyce K u h n a tylko pięć razy stwierdzono twardziel w tej samej rodzinie u 2 osób. W ostatnich dopiero czasach znacznie lepsze wyniki uzyskali w tym kierunku E l b e r t, F e l d m a n n i G e r k e s badając masowo za pomocą odczynu wiązania dopełniacza. Na 10 rodzin badanych stwierdzili 8 razy dodatni odczyn u kilku osób z najbliższego otoczenia chorego, u których badaniem klinicznem nie można było wykazać zmian żadnych. O ile spostrzeżenia te znajdą potwierdzenie, zyskalibyśmy metodę, któraby w dociekaniach epidemjologicznych twardzieli mogła oddać niezwykle cenne usługi.

Wobec braku dostatecznych dowodów przenoszenia się twardzieli z osoby chorej na zdrową, zniewoleni jesteśmy szukać nowych źródeł i dróg szerzenia się tej choroby. Z powodu dość często pojawiającej się twardzieli u hodowców bydła i nierogacizny S o u k u p zwraca uwagę, czy też zarazek ten nie przedostaje się na człowieka ze zwierząt tem bardziej, skoro D o r i L e b l a n c wyhodowali z błony śluzowej nosa świni drobnoustroje odpowiadające prątkom F r i s c h a.

Na zakończenie sprawozdania z naszych skromnie przedstawiających się obecnie wiadomości z zakresu epidemjologji twardzieli nie mogę pominąć milczeniem jeszcze jednego faktu niezwykle doniosłego znaczenia. Według obserwacji badaczy polskich i czeskich (B a u r o w i c z, K u h n, Z a l e w s k i, N i n g e r, S o u k u p) schorzenie twardzieli zatacza czem raz szersze kręgi. Jako przykład mogę przytoczyć cyfry wykazujące, iż suma leczonych w szpitalach całej Małopolski, wynosząca od roku 1895 do 1910 — 311 osób, wzrosła w następnem dziesięcioleciu t. j. do r. 1921 w samej tylko klinice otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie do 500 przypadków świeżo notowanych. Ponieważ w pierwszym i drugim okresie czasu technika rozpoznawania nie uległa zmianie i każdy przypadek był tylko klinicznie stwierdzony, następnie wobec braku innych momentów usprawiedliwiających tak wysokie różnice, dochodzimy do przekonania, że najprawdopodobniej i na terenie Małopolski liczba nowych przypadków twardzieli powiększyła się znacznie w ostatnich latach. Niechaj spostrzeżenie to służy nam jako *memento,* iż najwyższy już czas, by rozwiązaniu zagadnienia etjologji i epidemjologji twardzieli, jak również wyszukaniu środków obronnych poświęcić się planowo z całym wysiłkiem.

Ze stanowiska bakterjologicznego i epidemjologicznego uważałbym na razie jako niezbędnie wskazane przedłożyć wnioski, które w ogólnym zarysie uchwaliło już w r. 1912 *Lwowskie Towarzystwo Lekarskie* a w r. 1922 *Towarzystwo laryngologiczne we Lwowie,* a mianowicie:

1) *Wobec nieustalonej etjologji i niewyjaśnionej dotychczas epidemjologji twardzieli należałoby stworzyć odpowiednią stację badań we Lwowie, jako w punkcie centralnym tej części kraju, która jest głównem środowiskiem twardzieli.*

Zadaniem tej stacji byłoby:

a) *poddać dokładnej rewizji dotychczasowe zapatrywania na istotę zarazka twardzieli;*

b) *przy uwzględnieniu wszelkich momentów uspasabiających zająć się badaniem źródeł pochodzenia i dróg szerzenia się choroby ze szczególnem uwzględnieniem roli, jaką tu może odgrywać człowiek, zwierzę domowe, pokarmy, ziemia i woda, jak również zawód i codzienne warunki życiowe;*

c) *dla uchwycenia początkowych i ukrytych form chorobowych, przeprowadzać masowe badania sero-bakterjologiczne osób zamieszkujących w ogniskach endemicznie panującej twardzieli;*

2) *w celu uzyskania dokładnej ewidencji chorych staje się koniecznem, by przypadki stwierdzonej i podejrzanej twardzieli ustawowo wliczyć do grupy chorób zakaźnych, co do których istnieje obowiązek donoszenia;*

3) *wzajemne porozumiewanie się i donoszenie o przypadkach twardzieli pochodzących z państw obcych byłoby wskazane.*

Doceniając należycie powagę chwili obecnej, kiedy to na I Ogólnym Zjeździe Lekarzy Słowiańskich mamy sposobność po raz pierwszy wzajemnie się porozumieć i omówić sprawę schorzenia twardzieli — tak nas szczególnie jako Słowian dotycząca — mam pełną nadzieję, że akcja poczęta tu dzisiaj wspólnemi siłami doprowadzi do pomyślnego rozwiązania i wyświetlenia niejasnych dotychczas zagadnień a tem samem da nam broń w rękę przeciwko tak zgubnej chorobie.

Piśmiennictwo.

1) Abel-Halbwachs: Kolle-Wasserm. 1913. B. VI., tamże piśmiennictwo poprzednie. 2) Babe-s: Kolle-Warsserm. 1913. B. V., tamże piśmiennictwo poprzednie. — 3) Baurowicz A.: 1909. — 4) Cisler: Cas. lek. Ces. 1924. — 5) Dekester-Martin: Pol. Gaz. Lek. ref. 1922, p. 411. — 6) Elbert, Feldmann, Gerkes: Ctrb. f. Bakt. Or. 1925, B. 26, 1927, B. 101. — 7) Friedberger-Ungermann: Hand. d. Hyg. Rubner-Gruber-Ficker 1913. — 8) Kabelik: Seuchenbekämpfung 1925. — 9) Kraus A: Arch. f. Derm. 1924, S. 230. — 10) Lehmann-Neumann: 1920. — 11) Meisel-Mikulaszek: Pol. Gaz. Lek. 1927, Nr. 3. — 12) Neisser: Lehrb. Friedberger-Pfeifer 1919. — 13) Ninger: Cas. lek. Cas. 1925. — 14) Pachoński: Przegl. lek. 1910. — 15) Quast: Ctrb. f. Bakt. Or. 1926. B. 97. — 16) Small I.-Julianelle A.: Journ. of. Inf. Dis. 1923, V. 32. — 17) Snijders E.: Bull. Inst. Past. 1925, T. 23. J 18) Soukup: Cas. lek. Ces. 1925, p. 121, 234. — 19) Tomasek: Cas. lek. Ces. 1924. — 20) Zalewski: Refer. na posiedz. Tow. laryngol. we Lwowie 1922. — 21) Żebrowski: Pol. Gaz. Lek. 1922, str. 535.

Prof. Dr. Witold NOWICKI. Lwów.

Twardziel pod względem anatomicznym *).

Jak wiadomo, jeszcze w r. 1870 pierwszy Hebra zwrócił uwagę na zmiany twardzielowe i opisał je jako schorzenie błony śluzowej nosa, przechodzące na zewnątrz, na skórę wargi górnej, pod postacią nacieczenia płaskiego lub wyniosłego. W następstwie tego nacieczenia grubieje wejście do nosa i części przegrody nosowej, skrzydełka a wreszcie warga górna. Nacieczenia te, według pierwotnego opisu Hebry, są niebolesne, chrząstkowato twarde i nie mają dążności do rozmiękania, a tem bardziej do rozpadu. Charakterystyczne jest dla twardzieli posuwanie się jej niezwykle powolne, trwanie latami i nieuleczalność. Hebra określił sprawę nazwą *rhinoscleroma* i uważał ją za dziwny nowotwór, za pewien rodzaj mięsaka, podobnie zresztą, jak Kaposi, Mikulicz i inni. W muzeum historji medycyny Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego są odlewy nosów i warg twardzielowych, sporządzone jeszcze przez Bierkowskiego, które on uważał za przypadki raka długo trwające. W niedługi czas po pierwszych spostrzeżeniach Ganghoffer stwierdził sekcyjnie, że twardziel nieogranicza się jedynie do nosa, ale może zajmować także inne odcinki dróg oddechowych, nawet oskrzela, i wprowadził nazwę odpowiedniejszą — *scleroma.*

W r. 1882 wykazuje Frisch w preparatach rozcieranych, a następnie w hodowli z tkanki twardzielowej, laseczniki, które uważa za swoistą przyczynę twardzieli. Następne badania Paltaufa, Eiselsberga, Juffingera potwierdziły spostrzeżenia Frischa. Podobieństwo lasecznika Frischa do laseczn ika Friedländera i ozeny było jednak bodźcem do przeprowadzenia szeregu badań, dotyczących zarówno jego biologji, jak serologji, (u nas Kucera, L. Krzemicki, Mikulaszek i Meisel). Nie pominięto wreszcie badań doświadczalnych na zwierzętach, w których starano się otrzymać zmiany twardzielowe przez szczepienie im tkanki twardzielowej lub hodowli laseczników samego. Doświadczenia te wykonali Stepanow, Kraus, Schukow i i. Szczepiono więc je do komory przedniej oka królika, morskich świnek do skóry, w grzebień koguta i t. p. Opisywano też bujanie tkanki twardzielowej po szczepieniu. Kraus otrzymał jednak wyniki podobne po szczepieniu laseczników Friedländera. De Simoni wcierał laseczniki twardzieli w błonę śluzową nosa, jednak bez wyniku dodatniego. W poszukiwaniu za sposobami leczenia zastosował A. Rydygier poraz pierwszy w twardzieli promienie Roentgena, stosowane potem przez wielu innych. Ważną, a niestety dziś jeszcze ciemną stroną badań nad twardzielą, jest jej epidemjologja. Zapoczątkowaniem studjów nad nią są publikacje statystyczne w Rosji Wołkowicza, Jürgensa, w Polsce Baurowicza, Pieniążka, Jurasza, Wiesera, Lehma, Erbricha, Żebrowskiego, Zalewskiego, w Jugosławji Seccera, Mašeka, w Czechosłowacji Frankenbergera, Picka, pozatem Schröttera, Gerbera i innych.

W referacie niniejszym mam zamiar przedstawić w krótkości obraz anatomo-patologiczny twardzieli. Z góry muszę zaznaczyć, że twardziel jest procesem chorobowym, dzisiaj pod względem anatomicznym już dokładnie poznanym i określonym, że właściwie niczego nowego nie da się dodać. Dowodem na to jest piśmiennictwo, niemal wyłącznie kazuistyczne, które aż do znudzenia powtarza jedno i to samo, a pojawienie się tego rodzaju kazuistycznych publikacyj należy tłumaczyć chyba jeszcze do niedawna rzadkością i sporadycznością przypadków twardzieli, na dalszym Zachodzie stwierdzanych; dodać jednak należy, że rozpatrzenie krytyczne wskazuje niewątpliwie na rozpoznawanie twardzieli w szeregu przypadków, które były wszystkiem innem, a nie twardzielą.

Twardziel jest, jak wiadomo, procesem ziarninowym, infekcyjnym; pod względem histologicznym przedstawia się ona naogół tak charakterystycznie, że rozpoznanie twardzieli nie przedstawia trudności.

Wczesny okres twardzieli zaczyna się zmianami klinicznemi i anatomicznemi, odpowiadającemi nieżytowi błony śluzowej, na co zwraca szczególniejszą uwagę Pieniążek. Jestto zwykle nieżyt przewlekły, przechodzący z nosa na gardło, a następnie na krtań i tchawicę. Nieżyt ten trwa kilka lat, zanim się rozpoczną nacieki twardzielowe. Z czasem wytwarza się wydzielina ropna, coraz bardziej gęsta i ciągnąca się i strupy, mające zapach nader charakterystyczny.

Następnie powstają tuż pod nabłonkiem lub nieco głębiej nacieki ogniskowe lub rozlane, złożone niemal z samych komórek plazmatycznych, a są one charakterystyczne szczególnie dla wczesnych okresów twardzieli. Już wkrótce pojawiają się wśród tego utkania obficie plazmatycznego komórki krągłe lub owalne, wielkie, zawierające w sobie liczne wodniczki małe lub też nieliczne wielkie oraz lasecznik i; są to komórki Mikulicza. Lasecznik i są ułożone na obwodzie wodniczek i wyglądają na wielkie ziarna. Nie wchodząc w szczegóły budowy tych komórek, zaznaczę, że tłumaczenia ich powstawania i pochodzenia do niedawna, a nawet jeszcze dziś, nie są zgodne. Przecież niektórzy uważali je za twory, będące w związku z otoczką śluzową tak licznych laseczników w tkance twardzielowej. Nie ulega jednak wątpliwości, że komórki Mikulicza są postaciami zwyrodniałemi komórek plazmatycznych, uszkodzonemi przez zarazka samego. Nie wszyscy jednak na to się godzą. Alagna sądzi, na podstawie badań własnych, że powstają one z uszkodzonych komórek tkanki łącznej w okresie makrofagów. Zapatrywanie, że komórki Mikulicza powstają w następstwie pęcznienia śluzu samych laseczników śródkomórkowych, nie jest słuszne, choćby z tego względu, że w tych komórkach nie można otrzymać odczynu charakterystycznego dla śluzu.

Komórki wodniczkowe, tak charakterystyczne dla tkanki twardzielowej, mogą być niekiedy tak liczne, że niemal wyłącznie tworzą utkanie twardzielowe, wskutek czego powstają bardzo znamienne obrazy histologiczne. Na podstawie własnego doświadczenia muszę zauważyć, że ilość komórek Mikulicza nie zawsze jest miarodajna dla oznaczenia czasu trwania twardzieli, gdyż nawet w przypadkach świeżych mogą one zachodzić niekiedy w liczbie znacznej. W tkance twardzielowej zachodzą wreszcie komórki, zawierające kule szkliste, eozynochłonne, stwierdzane także pozakomórkowo. Komórki te, opisane przez Cornila, należy uważać przedewszystkiem za zmienione komórki plazmatyczne. Zdaje się jednak, że pochodzenie tych kul nie jest jednakie; przemawia za tem, między innemi, ich różne barwienie się. Konstantynovitsch uważa te komórki za śródbłonki zmienione, a kule hyalinowe za twory, powstałe z ciałek czerwonych.

Substancja międzykomórkowa składa się z włókien klejowych, ulegających z czasem zcieńczeniu oraz z włókien sprężystych i z naczyń, stosunkowo nielicznych. Podobnie, jak tkanka ziarninowa nieswoista, tkanka twardzielowa przechodzi proces organizacji, zmieniając się stopniowo w włóknistą tkankę bliznowatą, przyczem komórki jej stopniowo się wydłużają. Ta dążność do bliznowacenia, natomiast brak zmian wstecznych, martwicy, jest właśnie nader charakterystyczna dla twardzieli. W guzowatych postaciach twardzieli może wytwarzać się chrząstka drogą przemiany lub od strony ochrzęstnej, a nawet tkanka kostna. Peters spostrzegał w tchawicy i w oskrzelach wprost wyrośle kostne, przedewszystkiem jednak chrzęstne.

---

*) Referat, wygłoszony na I. Ogólnym Zjeździe lekarzy słowiańskich w Warszawie dnia 26. maja 1927.

Nabłonek staje się stopniowo cieńszy, warstwa brodawkowa się wygładza, a w oskrzelach może przechodzić nawet w nabłonek płaski.

Większą rozmaitość przedstawiają obrazy gołem okiem widziane. Według obrazu gołem okiem widzianego, dzielę twardziel na trzy postacie pierwotne. Tkanka twardzielowa może tworzyć guzki płaskawe, początkowo czerwonawe i miękkie, potem żółtawe i twarde, niekiedy, jak w tchawicy, wałeczkowe. Guzki te są odosobnione lub ułożone grupami; wielkość ich jest różna, jak soczewica, a nawet fasola; usadowione są na podstawie szerokiej wśród błony śluzowej gołem okiem niezmienionej lub stwardniałej. Guzki mogą mieć niekiedy także postać brodawczakową.

Drugą postacią jest twardziel guzowa. Guzy mogą być wielkości nawet orzecha tureckiego i mają powierzchnię stosunkowo dość gładką, a zawsze są twarde i tą twardością odróżniają się od kilaków lub spraw nowotworowych złośliwych. Tego rodzaju postacie spostrzegałem w przypadkach sekcyjnych w krtani.

Trzecia postać — to postać rozlana, a więc jednostajne zgrubienie błony śluzowej i podśluzowej, dochodzące nawet do 5—7 mm. Błona śluzowa jest szarawo czerwona, mniej lub bardziej gładka, zazwyczaj tu i ówdzie z zagłębieniami szczelinowatemi. Te rozlane postacie twardzieli zachodzą najczęściej w tchawicy i w oskrzelach i powodują znaczne zwężenie ich światła.

Oczywiście postacie wymienione zwykle się ze sobą kombinują.

We wszystkich postaciach wymienionych nie stwierdza się rozpadu, co najwyżej ubytki powierzchowne, zwykle do nabłonka ograniczone. Nierzadko stwierdza się na powierzchni błony śluzowej strupy o brzegach nieco podminowanych. Krwawienia z nosa w twardzieli zachodzą tylko w świeżych ziarninach, a nie w bliznowaciejących, i nie są wyrazem wyraźnego rozpadu.

Zbliznowacenia twardzielowe przypominają nieco blizny kilakowe, szczególnie w krtani, i w tchawicy. Ściągają one i zwężają te odcinki dróg oddechowych, niekiedy nawet w stopniu znacznym. W postaciach guzkowatych i guzowatych, nawet wcześnie, mogą powstawać zaciągania tkanki od środka guzków lub guzów, stąd pochodzi zapadanie się powierzchni guza i guzka, który też w miejscu odnośnem jest białawy. Również sama tkanka twardzielowa, guzkowo lub guzowato bujająca, lubi ściągać błonę śluzową otoczenia najbliższego w postaci fałdów, układających się promienisto względem nacieku samego. Fałdy te ulegają powoli zanikowi, stają się białawe i wraz z bliznowaciejącą tkanką twardzielową właściwą przedstawiają obraz promienistego bliznowacenia. Między bliznami, zwłaszcza listewkowatemi, mogą powstawać zagłębienia uchyłkowate a kieszonka Morgagni'ego i struny głosowe, zwłaszcza prawdziwe, wygładzają się. Jeżeli się doda, że wymienione trzy postacie twardzieli mogą się ze sobą kombinować, że do tych kombinacyj dochodzą zmiany bliznowate, zrozumiemy, że obrazy twardzieli mogą być rozmaite.

Ze względów klinicznych ważne jest umiejscowienie zmian twardzielowych. Jak na wstępie wspomniałem, w tym czasie, gdy jeszcze bliżej nie znano procesu twardzielowego, uważano, że jest-to sprawa, dotycząca tylko nosa. Dziś wiemy, że tak nie jest. Twardziel zajmuje niemal wyłącznie drogi oddechowe, wyjątkowo jamę ustną lub skórę twarzy.

Najbardziej klasycznem miejscem usadowienia twardzieli jest jama nosowa i krtań, oraz jama nosowo-gardłowa. Należy jednak podnieść, że twardziel może być procesem ograniczonym ściśle tylko do pewnego odcinka dróg oddechowych, tak klinicznie, jak przy dokładnem badaniu anatomicznem pośmiertnem. Oczywiście fakt ten należałoby chyba tłumaczyć usposobieniem miejsca danego, mniejszą jego opornością i warunkami zakażenia łatwiejszego. Mogłoby się tu rozchodzić o jakieś nieprawidłowości rozwojowe, jak n. p. w przegrodzie nosowej, choć nie jestto pewne, lub łatwiejsze uszkodzenia poprzedzające, jak uszkodzenia urazowe błony śluzowej przedsionka nosowego. Neumann uważa, że miejscami usposobionemi są miejsca najwęższe dróg oddechowych. Sprawa ta łączy się z epidemjologją twardzieli. Posuwanie się twardzieli odbywa się zwykle przez przeskakiwanie jej z miejsca jednego na miejsce inne, dalej położone; twardziel może jednak posuwać się w sposób ciągły, jak n. p. z krtani na tchawicę, a z niej na oskrzela. Aczkolwiek niektórzy przyjmują, że sprawa zaczyna się w jamie nosowo-gardłowej i stąd dopiero przechodzi na odcinki inne (Ganghoffer, Chiari, Juffinger), jednak przeważna większość autorów uważa, że w znacznej większości przypadków początek twardzielowego procesu, to jama nosowa, a Streit, opierając się na badaniu drobnowidowem, jest zdania, że w większości przypadków sprawa zaczyna się w błonie śluzowej nosa i to początkowo, jak wspomniałem, jego nieżytem.

Przedsionek nosowy jest tym odcinkiem jamy nosowej, w którym się najpierw stwierdza zmiany twardzielowe, a pojawiają się one w błonie śluzowej skrzydełka, a także przegrody chrzęstnej; w miarę wzrostu wybujałości mniej lub bardziej widocznie wystają z jednego otworu nosa lub z otworów obu, pod postacią tworów nieco brodawczakowych. W dalszym ciągu posuwa się twardziel wzdłuż podstawy jamy nosowej, rzadko zajmując konchę środkową. Przegroda kostna jest wyjątkowo miejscem zmian twardzielowych. Jama nosowo-gardłowa należy do odcinków często zajętych twardzielą; przedewszystkiem umiejscawia się ona na tylnej części górnej (nosowej) powierzchni podniebienia miękkiego, a następnie, rzadziej na brzegach wejścia do jamy nosowogardłowej (choan). Zmiany tego wejścia mogą spowodować jego znaczne zwężenie i utrudnić komunikacje między jamą nosową, a nosowogardłową. W związku z podniebieniem miękkiem stwierdza się również zmiany swoiste w błonie śluzowej języczka, który niekiedy znacznie grubieje, kurczy się i wywija ku górze tak, że utrudnia wziernikowanie tylnej części jamy nosowej. Zbliznowacenia w zakresie podniebienia miękkiego mogą kończyć się przyrośnięciem jego do tylnej ściany jamy gardłowej i znowu utrudniać połączenie z odcinkami dalszemi tejże jamy. Poniżej nacieki twardzielowe wydarzają się na łukach podniebiennych i wyjątkowo na migdałkach. Ostatnie zmiany mogą się kombinować z rzadko stwierdzaną twardzielą jamy ustnej, t. j. podstawy i korzenia języka, który bliznowato od tyłu przymocowany do łuków zmienionych, może ulegać unieruchomieniu (Schrötter). Język jest zresztą wyjątkowem miejscem zmiany twardzielowej, która może tu pojawiać się w postaci guza (Juffinger, lub guzków mniejszych (Żebrowski, Pachoński i inn.). Na podniebieniu twardem zachodzą one nader rzadko, podobnie jak na podstawie jamy ustnej.

Zestawienia wykazują, że jednak twardziel najczęściej zachodzi w krtani; w zestawieniu Pachońskiego w samej krtani w 14.6%, w krtani i w innych odcinkach w 65.2%; zgodnie się też stwierdza, że okolica podgłośniowa, t. j. podwięzadłowa, jest najbardziej ulubionem miejscem zmian twardzielowych, dający obraz *laryngitis subchordalis* lub *hypoglottica*. Nacieki twardzielowe, tu umiejscowione, tworzą w obrazie wziernikowym wałki lub fałdy, wciskające się z pod więzadeł pod szczelinę głosową. Mogą też powstawać guzki lub twory brodawczakowe, które wciskają się w samą szczelinę i ją bardzo znacznie zwężają. Naciek twardzielowy przechodzi na struny głosowe prawdziwe i je mniej lub bardziej zbezkształtnia. W daleko posuniętej twardzieli ulega zmianom cała struna głosowa dolna, a nawet górna, a kieszonka Morgagniego, wypchana tkanką twardzielową, niejako zatraca się. Z drugiej strony, sprawa przechodzi na stożek sprężysty; w stożku też lubią usadawiać się postacie guzowe twardzieli, zwężające w stopniu wysokim krtań w miejscu odpowiedniem. Autor spostrzegał sekcyjnie dwa przypadki guzowej postaci twardzieli. Jeden z nich dotyczył murarza, który w toku pracy zawodowej nagle zmarł wśród objawów uduszenia. Sekcja wykazała w stożku krtaniowym w nieznacznem oddaleniu od strun głosowych, guz wielkości orzecha tureckiego, usadowiony na szerokiej podstawie, na powierzchni dość gładki, twardy, zwężający w bardzo znacznym stopniu światło krtani; jeszcze drożna szczelinka została zapchana przez śluz i zaschłe strupki naderwane.

Zbliznowacenie więzadeł nietylko zmienia ich postać, lecz powoduje znaczne zwężenie szczeliny głosowej. Pod samą głośnią może wytwarzać się, jako zejście twardzieli, przepona bliznowata i zamykająca w różnym stopniu szczelinę głosową.

W przedsionku krtani pojawia się twardziel następowo w postaci guzków; na nagłośni tylko na jej powierzchni dolnej, a zatem zwróconej do krtani. Fałdy nagłośniowo nalewkowe rzadziej, niż nagłośnia, są zmienione twardzielowo.

Twardziel krtani towarzyszy zwykle twardziel tchawicy. W zestawieniu Pachońskiego w przeszło ¼ przypadków wszystkich (27.4%), oczywiście znacznie częściej w materjale sekcyjnym z daleko posuniętemi zmianami, bo w moim materjale sekcyjnym na 26 przypadków w 17, t. j. 65.34%. Tylko w przypadkach wyjątkowych zachodzi odosobniona twardziel tchawicy. Może ona pojawiać się pod postacią guzków płaskich, wałeczkowatych, poziomo biegnących wzdłuż chrząstek tchawicowych. Mogą one być rozrzucone lub mogą usadawiać się w grupkach i ze sobą się zlewać. Zmiany te lubią się usadawiać szczególnie w miejscu rozgałęzienia tchawicy. Znacznie rzadszą jest rozlana postać twardzieli tchawicy, pojawiająca się, jako dość jednostajne zgrubienie jej ściany z szaroczerwoną błoną śluzową i zupełnem zatarciem budowy pierścieniowej tchawicy. To jednostajne

zajęcie tchawicy przechodzi zwyczajnie także na oskrzela, przyczem oba odcinki, tchawica i oskrzela, ulegają znacznemu zwężeniu.

Najwybitniej i najbardziej typowo w tchawicy występują zbliznowacenia potwardzielowe. Są to blizny promieniste, listewkowe, niekiedy faliste lub siatkowate, wreszcie płaskie płytkowate. Te blizny mogą zwężać światło tchawicy w sposób niejednostajny.

Z tchawicy przechodzi twardziel na oskrzela; w naszym materjale sekcyjnym niemal w $^1/_3$ (5) przypadków twardzieli tchawicy zajęte były także oskrzela naogół w 19,23%, w materjale klinicznym P a c h o ń s k i e g o nieco ponad $^1/_6$ (12) w stosunku do tchawicy, a do ogółu przypadków w 4.3%. Zajmuje ona zwykle pnie główne, rzadziej drugo i trzeciorzędne, jako postać guzkowa lub rozlana, zależnie od postaci w tchawicy.

Tak więc przedstawia się twardziel poszczególnych odcinków dróg oddechowych i jamy ustnej. Wiadomo jednak, że bujanie twardzielowe może dotyczyć także skóry. Na początku wspomniano, że H e b r a pierwszy opisał przypadki twardzieli nosa, przechodzącej na wargę górną, uważane przez niego za mięsaka. Bezpośrednio z przedsionka nosowego sprawa przechodzi na wargę górną w sposób ciągły; powstaje na niej płaskawa wyniosłość, na powierzchni nierówna, twarda, nieokazująca dążności do rozpadu. M i k u l i c z opisuje przypadek, w którym nacieczenie twardzielowe nosa przeszło na okolice twarzy z nim sąsiadujące, na wargę dolną, wskutek czego powstały z warg niepodatne, twarde wały, tak dalece zwężające otwór ustny, że, z powodu utrudnienia w przyjmowaniu pokarmów, trzeba było uciec się do zabiegu operacyjnego. Twardziel może przejść z nosa na skórę czoła, a P a w ł o w opisał przypadek twardzieli nosa i gardła, w której zmiany pojawiły się nawet na ramieniu, niewątpliwie przez przeszczepienie. Zmiany twardzielowe twarzy mogą powodować nawet znaczne zeszpecenie.

Nader charakterystyczny jest, jak wiadomo, wygląd nosa twardzielowego. Jestto nos już we wczesnych okresach procesu niezwykle twardy, a twardość ta jest dla jej rozpoznania bardzo znamienna. W związku z zajęciem przedsionka zachodzi już wcześnie mniej lub bardziej widoczne spłaszczenie miękkiej części nosa, poczem, w miarę posuwania się sprawy, cały nos ulega zgrubieniu znacznemu i powiększeniu, przybierając postać charakterystyczną. Skóra jest silnie zrośnięta z swą podstawą. Niekiedy jednak nos może mieć postać prawidłową. Kostne rusztowanie nosa jest niezajęte.

W związku z twardzielą jamy nosowej może zajść zajęcie przewodu nosowego i woreczka łzowego. P i c k zaś stwierdził w przypadku twardzieli gardła i zajęcia nią trąbek, bujanie tkanki, podobnej do tkanki w nosie, dotyczące zewnętrznego przewodu usznego.

Z przedstawienia powyższego widać, jakie następstwa wywołują zmiany twardzielowe. Zależą one oczywiście od umiejscowienia i stopnia rozwoju. Najważniejsze — to zwężenia dróg oddechowych, zarówno odcinków górnych, jak krtani, przyczem pojawiają się one w okresie świeżym i bliznowacenia. Bliznowacenie krtani i jej zwężenie, czyto w postaci blizn w samej błonie śluzowej, czyteż tworzenia się przepony podgłośniowej, jest następstwem najważniejszem, bo najwybitniejszem zwężeniem dróg oddechowych. W tem też miejscu należy podnieść wielki niestosunek między stopniem zwężenia głośni, a zdolnością oddechania, dusznością i podmiotowem uczuciem duszności ze strony chorego. W przypadkach sekcyjnych spostrzegałem zwężenia głośni bardzo znacznego stopnia, a mimo tego chorzy oddawali się pracy fizycznej, nawet ciężkiej i wśród niej nagle ginęli z powodu uduszenia. Zamknięcie pozostałej szczelinki przez śluz, złuszczone nabłonki lub zaschłą wydzielinę były bezpośrednią przyczyną zejścia.

Opisywane zwężenia wejścia do gardła (B a u r o w i c z, P i e n i ą ż e k, P a c h o ń s k i, S c h r ö t t e r i in.), połączone z utrudnieniem połykania, zwłaszcza przy zmianach równoczesnych na podniebieniu, nie należą do zmian częstych. W przypadkach takich może wydarzyć się, jako rzadkość, nawet wyżej wspomniane zesztywnienie i unieruchomienie tylnej części języka i stawu szczękowego.

Zmiany twardzielowe błon śluzowych powodują ich zanik z wszystkiemi następstwami. Stąd pochodzi suchość błony śluzowej i to uczucie przykre, na jakie się chorzy skarżą. Nabłonek, ulegający zcieńczeniu, w oskrzelach może przechodzić w nabłonek płaski. W szeregu przypadków spostrzegałem jednak rozrost nabłonka płaskiego wielowarstwowego wśród tkanki twardzielowej, przypominający mniej lub bardziej bujanie początkowe rakowe. W jednym przypadku zaś bujanie to miało wszelkie cechy bujania rakowego, nawet z tworzeniem się pereł. W przypadku tym klinicznie rozpoznano tylko twardziel.

Proces twardzielowy, ze swemi bezpośredniemi następstwami miejscowemi, powoduje zmiany w narządach innych. Dotyczy to przedewszystkiem płuc. Wskutek zwężenia dróg oddechowych rozwija się w nich rozedma. W moim materjale sekcyjnym stwierdzono rozedmę płuc w 61.53%, w połowie tych przypadków rozedma przybrała charakter rozedmy ostrej. Do trudności w krążeniu płucnem i oddechaniu należy także odnieść przerost serca prawego, stwierdzony w materjale naszym w 23.07% (6 przypadków), i przekrwienie żylne ogólne, stwierdzone w 50%, t. j. w połowie przypadków sekcyjnych twardzieli. W trzech przypadkach sekcyjnych należało odnieść śmierć nawet do niedomogi mięśnia sercowego; w przypadkach tych nie było klinicznie i anatomicznie cech uduszenia, natomiast był przerost i rozstrzeń serca prawego i ogólne przekrwienie żylne.

Wobec zajmowania przez twardziel dróg oddechowych, zachodziłoby pytanie, jaki jest jej stosunek do gruźlicy, w szczególności, jak często zachodzą zmiany gruźlicze u chorych twardzielowych. Jeżeli się przegląda odnośne piśmiennictwo, niema się wrażenia, że gruźlica często zachodzi u osobników twardzielowych, a przynajmniej nie można jej uważać za charakterystyczne powikłanie procesu twardzielowego. Nie mógłbym się pod tym względem zgodzić z J u f f i n g e r e m, który mówi o częstem zapadaniu twardzielowych na gruźlicę płuc, a ma to być w związku nie tyle z samemi zmianami twardzielowemi, ile raczej z częstemi nieżytami błon śluzowych u twardzielowego, lub z N e u m a n n e m, który podaje nawet 10% przypadków równoczesnej twardzieli i gruźlicy. Mój materjał sekcyjny, co prawda, niewielki, wcale tego nie potwierdza. Wprawdzie stwierdzono w nim 3 razy zajęcie gruźlicą gruczołów, 2 razy płuc i gruczołów, 2 razy tylko płuc; były to jednak postacie ograniczonej gruźlicy miejscowej, i to starej, przeważnie włóknistej, gojącej się, nieokazującej wcale dążności do rozszerzenia się; mogły one w części istnieć nawet już przed powstaniem twardzieli. Również nie stwierdza się zmian gruźliczych w miejscu zmian twardzielowych, co podnosi także S c h r ö t t e r. Jestto zrozumiałe wobec zaburzenia w krążeniu, w znaczeniu trudności w odpływie krwi żylnej, które, jak wiadomo, niesprzyjają rozwojowi gruźlicy. Spostrzegano powikłania twardzieli z kiłą. N e u m a n n widział je w 3% swych przypadków, L e s z c z y ń s k i spostrzegał przypadek twardzieli nosa i wargi a wśród niego owrzodzenie o cechach kiłowych; odczyn Wassermanna był dodatni a po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego owrzodzenie zagoiło się, zmiany twardzielowe nadal pozostały. Twardziel może się też wikłać z nowotworami. D o b r z a ń s k i niedawno przedstawiał w Lwowskiem Tow. lekarskiem przypadek twardzieli nosa z równoczesnym jego brodawczakiem.

Proces twardzielowy, mimo, że rozciąga się na lata długie, sam, jako taki, nie wywołuje wyniszczenia lub charłactwa ustroju i anatomicznie nie stwierdza się wybitniejszego zaniku tkanki tłuszczowej, przeciwnie na sekcji stwierdzaliśmy u niektórych twardzielowych nawet dobre odżywienie, w narządach zaś nie było zaniku. W jednym tylko przypadku było charłactwo. Choroba przeciąga się. Według zestawień W o ł k o w i c z a, trwanie jej przez jeden rok stwierdzono w 24,3%, przez 2—4 lat w 30%, przez 5—20 lat w 46%. Samoistnie jest ona nieuleczalną i, gdy jedno ognisko bliznowacieje, w innem tworzą się nacieki świeże; stąd pochodzi ta wielka rozmaitość obrazów anatomicznych, nawet w tymsamym odcinku dróg oddechowych. Ciekawe są, co prawda, nieliczne przypadki ogłoszone, w których zmiany twardzielowe zupełnie ustąpiły po przebyciu ostrego zakażenia ogólnego lub miejscowego. L u b l i n e r spostrzegał zupełne ustąpienie rozlanej postaci twardzieli nosa po przebytym durze osutkowym, N e u m a n n zaś w trzech przypadkach po róży.

Ze spraw ostrych miejscowych, twardziel wikłających, należy wymienić przedewszystkiem zmiany w płucach i w klatce piersiowej; są one w związku z następstwami miejscowemi twardzieli, jak zwężeniem dróg oddechowych lub tracheotomją, tak często wykonywaną w przypadkach twardzieli krtani i tchawicy. Należy tu zapalenie odoskrzelowe płuc, ropienie i zgorzel płuc a dalej zapalenie ropne śródpiersia i otoczenia. W materjale naszym sekcyjnym mieliśmy 4 razy zapalenie płuc zrazikowe, po trzy razy zgorzel i ropienie płuc, raz bardzo silny obrzęk płuc. Zapalenie śródpiersia stwierdzono dwa razy i to w związku z tracheotomją. Raz tylko było zapalenie wsierdzia. Wspomnę wreszcie o jednem powikłaniu bardzo nieprzyjemnem, wydarzającem się niekiedy w przypadkach z niską tracheotomją, stwierdzonem dwukrotnie. Mam na myśli przebicie ubytków odleżynowych tchawicy z rurki tracheotomijnej do tętnicy bezimiennej z następowym krwiotokiem śmiertelnym. Mogą one być następstwem nieodpowiedniego założenia rurki a także w związku z zmianami

w tchawicy, zachodzącemi w tchawicach zwężonych na tle różnem. Zmiany te, wykazane w lwowskim instytucie i ogłoszone przez Schusterównę, usposabiają ścianę tchawicy do tego rodzaju przebicia. W naszym materjale sekcyjnym wykonano 10 razy tracheotomję, wśród nich owe dwa przypadki z przebiciem.

Twardzielowi nie tyle giną z powodu twardzieli samej, ile z powodu innych spraw, powstałych w związku z nią lub zupełnie przypadkowych. Pachoński miał w swym materjale 1.83% przypadków śmierci z powodu twardzieli lub zabiegów operacyjnych. Ogólna śmiertelność twardzielowych wynosiła na 273 chorych 16 t. j. 86%.

Tak więc twardziel anatomicznie jest procesem ziarninowym, początkowo obficie plazmatycznym, miejscowo kończącym się bliznowaceniem, natomiast nieokazującym dążności do rozpadu. Właściwością swoistą twardzieli jest usadowienie się jej w drogach oddechowych, przedewszystkiem w jamie nosowej i w krtani, gdzie powoduje mniej lub bardziej znaczne zwężenia. Mimo, że trwa latami, niepowoduje charłactwa, natomiast może być przyczyną powikłań bezpośrednich lub pośrednich, prowadzących do śmierci. Usadawianie się twardzieli w drogach oddechowych jest w związku z właściwościami biologicznemi samego zarazka a charakter plazmatyczny ziarniny twardzielowej odpowiada procesom wytwórczym w tych drogach, obfitujących w komórki plazmatyczne, przedewszystkiem w błonie śluzowej jamy nosowej. Nie w badaniach anatomicznych jednak, lecz na poznaniu dokładnem biologji zarazka twardzieli polegać będzie zarówno celowe leczenie jej, jak wyświetlenie dotąd niejasnej epidemjologji tego uporczywego procesu chorobowego, coraz bardziej rozszerzającego się.

Wł. ARCISZEWSKI. Warszawa.

Przyczynek do sprawy etjologji ziarnicy złośliwej.

Z oddziału chorób wewnętrznych dra Podkólińskiego w szpitalu Ewangelickim.

Dnia 12. XII. zgłosiła się do szpitala p. H. lat 24, urzędniczka ze skargami na duże osłabienie, kaszel, swędzenie skóry. Choroba zaczęła się przed $1^1/_2$ rokiem silnem swędzeniem górnych kończyn które następnie rozszerzyło się na całą powierzchnię ciała. Wkrótce zauważyła guzy pod prawą szczęką, na szyi i pod prawą pachą. Chora udała się na klinikę gdzie miano rozpoznać świerzbiączkę, i po parotygodniowej kuracji wypisała się. Stan chorej szybko pogarszał się, wystąpił suchy, męczący kaszel, obfite poty, gorączka, zaczęła chudnąć, straciła perjody. Pozatem, jak twierdziła, była zawsze zdrową, na płuca nie zapadała, nie kaszlała, nie gorączkowała, pod względem gruźlicy dziedzicznie nie obarczona. Przybyła do naszego szpitala w stanie ogromnego wyniszczenia. Badanie fizykalne wykazało: skóra wiotka, śniada, liczne świeże zadrapania i blizny po starych, brak zupełny podściółki tłuszczowej, silnie przerzedzone uwłosienie. Nad prawem płucem stłumienie odgłosu wypukowego z tyłu od szczytu do kąta łopatki, z przodu — do 3-go żebra, szmery oddechowe i drżenie głosowe b. osłabione. Badanie lewego płuca zmian chorobowych nie stwierdziło. Nad wierzchołkiem serca szmer końca skurczu. Wątroba znacznie powiększona, gładka, niebolesna, śledziona duża, twarda. Pod dolną szczęką z prawej strony, na szyi, nad i pod obojczykiem duże pakiety twardych gruczołów chłonnych, wielkości kurzego jaja, niebolesnych, niezrośniętych z otaczającemi tkankami; takież gruczoły pod prawą pachą i w prawej pachwinie.

Organy płciowe w zaniku. Wielokrotne badania plwociny prątków Koch'a nie wykryły. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Badanie moczu poza śladami białka nic nie wykryło. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało guz wielkości dwóch pięści, wychodzący ze śródpiersia środkowego, przechodzący bez wyraźnych zmian w guz szyi, powodując zaciemnienie prawego szczytu. Badanie krwi nie wykazało nic charakterystycznego: Hb. 75%, wskaźnik barwn. 0,78, czerwonych białek 4,824,000, białych ciałek 5000: wzór leukocytarny przedstawiał się: eozynofilów $^1/_2$%, wielojądrzastych neutrofilów $77^1/_2$%, limfocytów 15% i monocytów 7%.

W przebiegu spostrzegania klinicznego wystąpiła gorączka o typie powrotnym: okresy bezgorączkowe następowały po okresach gorączkowych i naodwrót, przytem ciepłota wznosiła się do 41° i wyżej. Naogół, okresy gorączkowe trwały tygodniami, bezgorączkowe były krótkie 1—2—3-dniowe. Stan chorej stopniowo pogarszał się, stosowane preparaty arszenikowe przynosiły nieznaczną i chwilową tylko ulgę. W ostatnim tygodniu choroby wystąpiły objawy zamroczenia, chora nie odpowiadała wyraźnie na pytania, była senna, pomimo braku wszelkich objawów zajęcia opon mózgowych, jak sztywność karku, zwolnienie tętna, porażenia nerwów czaszkowych, i t. d. Sekcja wykazała twardy, zrazowaty guz w górnym płacie prawego płuca, rozsianą, prosówkową gruźlicę płuc, wątroby, śledziony i nerek, dużą stłuszczoną wątrobę i dużą twardą śledzionę. Wynik badania histologicznego: Podścielisko guza stanowi włóknista tkanka łączna, tworząca oka rozmaitej wielkości i formy. W świetle tych ok widać siatkę delikatną, włóknistą i liczne komórki bądź to okrągłe z intenzywnie zabarwionem jądrem i ledwie dostrzegalnym rąbkiem zarodzi, bądź też komórki dość duże o pęcherzykowatem jądrze stosunkowo słabo zabarwionem i szerokim rąbku zarodzi. Spotyka się również w nieznacznej ilości komórki wrzecionowate. Pośród tych drobnych komórek widać liczne komórki olbrzymie o formie okrągłej, owalnej lub nieprawidłowej, zawierające po kilka dobrze zabarwionych jąder (komórki Sternberga). Takie same elementy komórkowe spotyka się, choć w mniejszej ilości, w tkance łącznej podścieliska, tworzącej tu i ówdzie szerokie i długie pasma..

Wynik badania anatomo-pat. i objawy kliniczne odpowiadają obrazowi schorzenia w ziarnicy złośliwej. Pojęcie ziarnicy złośliwej co do jej pochodzenia nie jest jeszcze ustalone, przebieg zaś kliniczny jak również zmiany chorobowe często nabierają cech wspólnych z innemi ziarnicami, jak *granuloma syphiliticum, lymphosarcoma i granuloma tuberculosum* toteż zróżniczkowanie może przedstawiać duże trudności.

Granuloma syphil. występuje najczęściej w II-gim, rzadziej w III-cim okresie kiły pod postacią rozsianych, powiększonych gruczołów chłonnych, przeważnie w pachwinach i w stawie łokciowym. Gruczoły zwykle nie są duże, nie zrastają się z otaczającemi tkankami. Zwykle towarzyszą tej sprawie i inne objawy kiłowe na skórze i śluzówkach. Wątroba i śledziona bywają powiększone. Gorączki nie bywa, odczyn Wassermanna — dodatni. We krwi brak wyraźnych zmian. Histopatologicznie — przerost tkanki limfatycznej z nabłonkowatemi, plazmatycznemi komórkami i z łącznotkankowym przerostem. Pod wpływem kuracji specyficznej objawy ustępują. *Lymphosarcoma* występuje w gruczołach chłonnych i w utkaniu chłonnem śluzówek. Przebieg choroby dość ostry. Guzy nowotworowe przerastają otoczkę gruczołów, dając wypustki wzdłuż naczyń, wskutek czego objawy uciskowe: sinica, rozszerzenie żył, obrzęki. Często dochodzi do rozpadu guza i wtedy zjawia się gorączka, której pozatem nie bywa. Sprawa toczy się również w śluzówkach, powodując wybitne ich zgrubienie. We krwi brak widocznych zmian, wątroba i śledziona nie bywają powiększone. Histopatologicznie mamy komórki limfatyczne, większe od zwykłych, z dużem jądrem, z małą ilością zarodzi, lub typowe komórki limfatyczne, czasami komórki olbrzymie.

Granuloma tuberculosum przebiega w dwóch postaciach: umiejscowionej i rozsianej. Gruczoły występują zwykle na szyi, koło obojczyka, pod pachami, zwiększają się bardzo powoli i nie dochodzą do dużych rozmiarów. Spoistość ich bywa zmienna: twarda lub miękka zależnie od tego, czy ulegają one zserowaceniu i rozpadowi, czy też przerastają tkankę łączną. Często zrastają się z otaczającemi tkankami i stanowią źródło powstawania wtórnych schorzeń skóry, kości i różnych organów wewnętrznych. Gorączka nietypowa o charakterze stałym lub przemijającym. Wątroba i śledziona mogą być powiększone. We krwi — limfocytoza, przy łącznotkankowym przeroście — eozynofilja, w ciężkich przebiegach — neutrofilowa leukocytoza i monocytoza. *Lymphogranuloma malignum* przebiega w dwóch okresach, początkowo jako sprawa miejscowa; występują powiększone gruczoły na szyi, koło obojczyka, pod pachą, występuje swędzenie skóry, podrażnienie przewodu pokarmowego, nudności, wymioty. W drugim okresie sprawa rozszerza się na inne gruczoły (śródpiersie), które mogą dochodzić do dużych rozmiarów, nie zrastają się ze skórą, natomiast wrastają w mięśnie i są niebolesne. Wątroba i śledziona są zwykle powiększone. Następuje ogólne wyniszczenie, objawy uciskowe na naczynia i nerwy, uporczywy kaszel, poty, zanik skóry i włosów. We krwi — neutrofilowa leukocytoza, eozynofilja, monocytoza. Ciepłota nieprawidłowa, często o typie powrotnym.

Histopatologicznie — komórki olbrzymie z jednem lub wieloma jądrami (Sternberga), komórki plazmatyczne, limfocyty, eozynofile, tkanka łączna.

Zestawiając nasz przypadek z wyżej wymienionemi ziarnicami, musimy wykluczyć dwie pierwsze. *Granuloma syphiliticum* wykluczony, ponieważ nie mieliśmy żadnych objawów kiły, odczyn Wassermanna był ujemny, mieliśmy wysoką ciepłotę, gruczoły występowały w miejscach dla *granuloma syph.* nietypowych. *Lymphosarcoma* — gdyż mieliśmy wysoką ciepłotę bez rozpadu gruczołów, znaczne powiększenie wątroby i śledziony, zanik skóry i uwłosienia, czyli objawy, jakich w tem schorzeniu nie bywa i nie mieliśmy zajęcia śluzówek. Co się zaś tyczy dwóch następnych schorzeń, *granul. t. b. c.* i *lymphogranul. malig.* to w ogólnej cha-

rakterystyce *granul. t. b. c.* spostrzegamy pewne wspólne cechy z naszym przypadkiem jak umiejscowienie powiększonych gruczołów, wolny ich wzrost, zachowanie się ciepłoty i t. d., największe jednak podobieństwo znajdujemy w ostatniej sprawie *lymphogranuloma malig.*, gdzie mamy szereg wspólnych cech jak swędzenie skóry, objawy zaniku skóry, ciepłotę o typie powrotnym, umiejscowienie gruczołów, ich wielkość, zachowanie się i spoistość, a wreszcie, co najważniejsze, obraz histo-patologiczny. Nie mieliśmy tylko typowej dla *lymphogranul. mal. eozynofilji*, ale to się zdarza zwłaszcza przy tak długotrwałej gorączce, jaką obserwowaliśmy przez cały czas pobytu chorej w szpitalu. Rozpoznanie ziarnicy złośliwej nie podlega w naszym przypadku wątpliwości, natomiast bardziej zastanawiającem jest pochodzenie prosówkowej gruźlicy jako końcowej sprawy w przebiegu omawianego schorzenia, a to ze względu na nieznaną jeszcze jego istotę. Jedni badacze (Aschoff, Lubarsch) gotowi są wyodrębnić ziarnicę złośliwą w swoistą jednostkę chorobową, niemającą nic wspólnego z gruźlicą, inni zaś (Baumgarten, Dietrich, Much) — są skłonni do unifikacyjnego poglądu, zaliczającego ziarnicę złośliwą do zmodyfikowanych postaci gruźlicy. Zważywszy, iż różnica poglądów co do istoty tego schorzenia pozostawia kwestję otwartą, nabiera nasz przypadek znaczenia jako przyczynek do etjologji ziarnicy złośliwej przy zestawieniu obrazu klinicznego i anatomicznego z końcową sprawą — gruźlicą prosówkową.

Jeżeli uwzględnimy, iż w naszym przypadku badanie kliniczne zmian gruźliczych nie wykazało, kilkakrotne badanie plwociny prątków Koch'a nie wykryło, wywiady w kierunku gruźlicy były ujemne, dziedzicznego obarczenia nie było, sekcja zaś nie wykazała nigdzie ognisk gruźliczych, to, wobec braku pierwotnego źródła wyjścia dla prosówkowej gruźlicy, musimy ją uzależnić od zasadniczego schorzenia — ziarnicy złośliwej.

Jak dowiodły badania doświadczalne nad zwierzętami tkanka pozornie ziarnicowa często wykazuje typową gruźlicę, natomiast nie udało się jeszcze wywołać ziarnicy złośliwej drogą przeszczepienia. Much i Fränkel wykryli w przypadkach ziarnicy złośliwej obecność ziarenkowatych laseczników gram-dodatnich, które Much, a następnie i inni badacze zaliczyli do zarazków pokrewnych lasecznikowi Koch'a. W wielu przypadkach gruźlicy u zwierząt znajdywano takie gram-dodatnie laseczniki. Jak wiadomo, lasecznik Koch'a jest tylko jedną z form rozwojowych zarazka gruźliczego. Istnieją postaci zarazka przesączalne, niewidzialne dla oka, również wywołujące zmiany gruźlicze. Inne schorzenie o przebiegu również od typowej gruźlicy różnym, w t. zw. *polyserositis* są skłonni obecnie uważać również za zmodyfikowaną postać gruźlicy (Rosnowski).

Analogicznie do powyższego można przypuścić, że i ziarnica złośliwa jest zmodyfikowaną postacią gruźlicy układu chłonnego wskutek odmiennej postaci ewolucyjnej zarazka gruźliczego. Nawiązując do naszego przypadku można mniemać, iż ta forma schorzenia układu chłonnego, którą mieliśmy możność obserwowania, była wywołana przez pewną rozwojową postać zarazka gruźliczego, który pod wpływem pewnych czynników jak n. p. ogólne wyniszczenie i zmniejszenie odporności organizmu w całości i jego układu chłonnego w szczególe, lub też z innych przyczyn bliżej niezbadanych — przeistoczył się w inną postać ewolucyjną, która spowodowała prosówkową gruźlicę.

Opierając się na wyżej wypowiedzianem przypuszczeniu i wobec faktu, że ziarnica złośliwa ma często dużo wspólnych cech z innemi ziarnicami, oględniej będzie zdaniem naszem nie wyodrębniać ziarnicy złośliwej w osobną jednostkę chorobową, lecz uważać ją za pewen zespół objawów chorobowych.

Jeden przypadek nie rozstrzyga kwestji, lecz zestawienie faktów w opisanym przebiegu ziarnicy złośliwej przemawia za poglądem unifikacyjnym, łączącym to schorzenie ze zmodyfikowaną gruźlicą.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. ZYGMUNT WIELSKI. Kraków.

Leczenie włókniaków macicy promieniami Roentgena *).

(Na podstawie 20-letniego doświadczenia).

Leczenie włókniaków macicy promieniami Roentgena spogląda już prawie na ćwierćwiekową przeszłość. Od czasu, gdy niezliczone badania histologiczne naświetlanych jajników i macicy, że wspomnę tu tylko nazwiska Halberstädtera, Albers Schönberga i Reifferscheida, ugruntowały teoretyczne podstawy leczniczego stosowania promieni X oraz sumienna obserwacja kliniczna na dziesiątkach tysięcy chorych potwierdziła słuszność zasady o niemal stuprocentowej uleczalności tej choroby za pomocą promieni Roentgena, to wszelkie przeszkody dla rozpowszechnienia tej metody zostały właściwie usunięte.

A jednak doświadczenie z praktyki codziennej poucza nas, że sprawa ta nie zapuściła dość głęboko korzeni w umysłach ginekologów i że dłuższy czas jeszcze przejdzie, zanim będziemy mogli powiedzieć, że akta jej są już zamknięte.

Jak wiadomo, jeszcze w roku 1904 pierwsi wynalazcy tej metody, Foveau de Courmelles w Paryżu i Deutsch w Monachjum, niemal równocześnie i niezależnie jeden od drugiego, po ogłoszeniu swoich spostrzeżeń nie znaleźli godnego tej sprawy entuzjazmu i dopiero w 5 lat później rzecz prawie na nowo została odkryta przez Albersa Schönberga i na właściwe pchnięta tory, tak i teraz jeszcze w codziennej praktyce niezawsze spotykamy się z należytem dla rentgenoterapji uznaniem.

Materjał mój, na którym się opieram, urósł w ciągu tych 20 lat, do blisko półtora tysiąca przypadków. Zawdzięczam to wielkiej życzliwości ginekologów krakowskich i zamiejscowych, a w pierwszej linji życzliwości prof. Rosnera, u których znalazłem wogóle wielkie zainteresowanie i zrozumienie dla znaczenia całej roentgenoterapji ginekologicznej.

Niechaj mi będzie wolno na tem miejscu złożyć im za to serdeczne podziękowanie.

Opracowanie tak wielkiego materjału z wszystkiemi, dotyczącemi szczegółami jest rzecza niemożebną, a przytem i niepotrzebną; dlatego ograniczę się do przytoczenia z tego obfitego materjału tylko najbardziej charakterystycznych przypadków, które odnośne, w mowie będące szczegóły będą objaśniać.

W ciągu tych 20 lat rentgenoterapja włókniaków przechodziła rzecz naturalna, różne etapy w swym rozwoju. Wystarczy powiedzieć, że w chwili jej narodzenia stosowaliśmy jeszcze promienie zupełnie niefiltrowane z małych induktorów, jakich dzisiaj nie używa się nawet do diagnostyki. Poprzez filtr srebrny Jakscha, później filtr aluminjowy grubości 1 mm, potem dwu i trzymilimetrowy, wreszcie cynkowy i w końcu miedziany z dodatkiem 3 mm. aluminium szedł postęp nauki naprzód. Toż samo dotyczy i rozwoju lamp od małych egzemplarzy, których używano równocześnie do zdjęć, do obecnie używanych wielkich typów Coolidge'a, zwanych Gross Metro i inne. W pierwszej linji naturalnie postęp roentgenoterapji zawdzięczamy budowie aparatów, które wyrosły na wielkie maszyny transformatorowe o napięciu ponad 200 tysięcy Volt.

Piśmiennictwo w ciągu tego czasu w zakresie roentgenoterapji ginekologicznej urosło do wielkich rozmiarów, gdyż prawie każdy ginekolog i roentgenolog, który rozporządzał większym odnośnym materjałem, ogłaszał swoje wyniki, nieraz po kilka razy.

To też pisma tygodniowe i archiwalne roją się od artykułów w tej materji.

Na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w r. 1911 przedstawiłem wyniki własne na podstawie trzechletniego doświadczenia, dzisiaj na zaproszenie prezesa Towarzystwa Ginekologicznego, kol. Zubrzyckiego, pragnę przedstawić Panom wyniki na podstawie 20-letniej pracy na tem polu.

Jądro problemu stanowi przedewszystkiem ustalenie wskazań i przeciwwskazań do rentgnoterapji. Rzecz ta jest wyczerpująco i w sposób jasny opracowana w Ginekologji prof. Rosnera.

Jeżeli ją wogóle dzisiaj poruszam jeszcze, to tylko dlatego, że w myśl moich doświadczeń z biegiem lat doszedłem do przekonania, że te wskazania dałoby się jeszcze w pewnych granicach rozszerzyć i utorować drogę do rozleglejszego stosowania promieni X, zanim przystąpi się do zabiegu operacyjnego.

Najbardziej rozpowszechnione jest wśród ginekologów zapatrywanie, że nie należy naświetlać przedewszystkiem guzów podśluzowych. Otóż naturalnie, że uszypułowanych guzów, myomatycznych, nikt nie będzie leczył Roentgenem, gdyż daleko prędzej można je usunąć drobnym zabiegiem operacyjnym, przez pochwę. Ale guzy podśluzowe, w zamkniętej jamie macicy, na szerokiej podstawie położone, duże, kurczą się równie dobrze, jak włókniaki podsurowicze i śródścienne po naświetlaniu promieniami Roentgena; a że powodują największe krwawienia, więc też i efekt leczenia jest najbardziej wydatny. Wprost rewolucyjne stanowisko zajęli ginekolodzy niemieccy z Seitzem i Wintzem na czele wobec guzów złośliwych macicy.

Mam tu na myśli tylko mięsaki, rozwijające się pierwotnie w ścianie macicy oraz mięsaki, powstałe przez degenerację włókniaków; sprawa raka macicy nie wchodzi tu w rachubę,

---

*) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Tow. Ginekol. w Krakowie w dniu 17. maja 1927 r.

gdyż rak jest procesem, toczącym się nie w ścianie macicy, lecz w *cavum uteri*, na błonie *śluzowej*. Omówiony być winien odrębnie.

Otóż według Seitza i Wintza tam, gdzie guzy macicy po naświetlaniach niezwykle szybko znikają, tam są to zawsze guzy mięsakowe, natomiast powolne znikanie przemawia za mięśniakiem; posługują się więc tym sposobem, jako różniczkowo-rozpoznawczym, gdyż spostrzeżono, że wycięcie próbne guza, podejrzanego o zwyrodnienie mięsakowe, może mieć fatalne następstwa. Przez otwarcie dróg limfatycznych i wysianie komórek nowotworowych w ranie, po wycięciu nowotwór bardzo szybko się rozrasta, tworzą się groźne przerzuty i jako wynik ostateczny zejście śmiertelne. Dlatego też szkoły niemieckie przestrzegają przed wycięciem próbnem, uważając guzy takie za *„noli me tangere"*, a natomiast w wątpliwych wypadkach posługują się promieniami Roentgena. O ile w grę wchodzi mięsak, to powinien rzeczywiście w ciągu 2—3 tygodni po zastosowaniu odpowiedniej dawki zniknąć.

Również i wielkie kliniki chirurgiczne, jak Schmiedena i Perthesa (Hohlfelder i Jüngling) odnośnie do tak zwanych mięsaków chirurgicznych stoją na tem samem stanowisku.

Tak pięknych wyników, jak twierdzi Seitz, nigdy zabiegiem operacyjnym się nie osiąga. Nawet w tych wypadkach, gdy laparatomja wykazała obecność mięsaka, nienadającego się do operacji, jeszcze można uzyskać wyleczenie. Dwa takie, niezwykłe wypadki miałem sposobność przedstawić w roku bieżącym w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem. Pierwszy dotyczył przypadku *sarcoma retrobulbare oculi sinistri*, a drugi *lymphosarcoma colli*. U chorej pierwszej było wysadzenie gałki ocznej, podwójne widzenie i porażenie mięśni ocznych (stwierdzone przez prof. Majewskiego), które po naświetleniu dawką 70% HED. t. zw. Sarkomdosis znikło bez śladu i w oku nastąpiła całkowita *restitutio ad integrum*; do dnia dzisiejszego t. j. po roku nawrotu niema.

2-gi chory przysłany został z tutejszej kliniki chirurgicznej z rozpoznaniem *lymphosarcoma colli*. Guz na szyi wielkości dużych dwóch pięści, sięgający od wyrostka sutkowego poprzez prawą połowę szyi i przechodzący przez prawy obojczyk na prawą połowę klatki piersiowej; przerzut wielkości jaja kurzego w pasze prawej. Charłactwo.

Całą powierzchnię, zajętą przez nowotwór, podzieliłem na 4 pola i każde pole naświetliłem jeden raz tylko dawką po 70% HED z wynikiem takim, że w 14 dni później mogłem przedstawić chorego w towarzystwie lekarskiem, jako zupełnie wyleczonego. Z nowotworu nie było nawet śladu.

W ten sam sposób znikają również i mięsaki macicy. Odnośne przypadki będą ogłoszone oddzielnie.

Jeszcze przed wojną przedstawił prof. Wertheim w wiedeńskiem towarzystwie lekarskiem wyciętą macicę sarkomatyczną, jako *mane tekel fares* dla roentgenologów. Macica ta, jako myomatyczna, była leczona promieniami Roentgena, została potem jednak wycięta i zbadana histologicznie. Badanie wykazało obecność *sarcoma!* Podówczas wypadek ten wydawał się groźnem upomnieniem dla roentgenologów i do pewnego stopnia oznaczał bankructwo rentgenoterapji. Wielki orędownik rentgenoterapji, Krönig, sprawę tę wyjaśnił i na innem polu; polecił na podstawie bogatego materjału swej kliniki w Fryburgu za ostatnie 10 lat zebrać statystyczne dane, jak często występują mięsaki w stosunku do włókniaków. Asystent jego, Miller, wykazał, że na 1000 przypadków guzów macicy 992 razy bywają włókniaki, a 8 razy mięsak. Jeżeli więc, uwzględniając statystykę śmiertelności przy operacji włókniaków, przyjął, że jest 5% przypadków śmierci; przy najlepszej technice i przy idealnych warunkach operacyjnych, to, operując wszystkie dotyczące chore, straciłby 50 pacjentek, a odwrotnie, lecząc wszystkie Roentgenem, straciłby tylko 8, posito casu, że Roentgen na te mięsaki nie byłby zadziałał, co przy obecnym stanie nauki o wrażliwości mięsaków na promienie Roentgena i obecnej technice naświetlań jest z góry wykluczone. Cyfry te mówią same za siebie!

Dlatego uważałbym za właśnie wskazane, aby te guzy, które wzbudzają podejrzenie, że są mięsakowe, aby je o ile możności jak najwcześniej poddać intenzywnej rentgenizacji, a wtedy można mieć po bardzo krótkim czasie, bo nieraz już po 2—3 tygodniach, ten niespodziewany efekt, że z guza nie pozostanie nawet śladu. Ostatecznie odłożenie nawet operacji na 2—3 tygodnie nie zaszkodzi chorej tyle, ile niepotrzebna operacja.

Zwapnienie włókniaków uważane bywa za dalsze przeciwwskazanie do naświetlań: przedewszystkiem należy ono do rzadkości, może być łatwo wykazane za pomocą radjografji i bywa najczęściej częściowe tylko. Promienie Roentgena nie mogą wprawdzie sprowadzić zaniku już zwapniałych guzów, ale przez upośledzenie funkcji jajników mogą doprowadzić do zaniku części guza jeszcze niezwapniałej.

A zatem o ścisłem przeciwwskazaniu do R-terapji i tu mówić nie można.

Również i guzy uwięzłe bezwzględnie nie zmuszają do zabiegu operacyjnego, lecz tylko w tych wypadkach, gdy objawy uwięzgnięcia stają się groźne. Świadczą o tem 3 przypadki, które w roku ubiegłym leczyłem, dwa na polecenie prof. Rosnera i jeden na polecenie Dra Suchodolskiego z Sosnowca. U pierwszej chorej rozpoznanie ginekologiczne brzmiało: *Myomata incarcerata cum retentione urinae*, u drugiej: *Myoma intramurale incarceratum*, u trzeciej: *Myoma uteri interligamentosum, incarceratum*. U wszystkich trzech uzyskałem całkowitą menopauzę, a guzy i objawy uwięzgnięcia znikły.

Przechodzę obecnie do omówienia stanowiska naszego w sprawie guzów, powikłanych sprawami zapalnemi i nawet ropnemi w sąsiedztwie, a zatem w przydatkach. Z serji tej przytaczam z ostatniego roku dwie historje choroby, z których jedna dotyczy p. Marty F., pacjentki prof. Rosnera z rozpoznaniem *Sactosalpinx cum adhaesionibus, myomata*, oraz p. Janinę M. również pacjentkę prof. Rosnera, u której rozpoznanie ginekologiczne brzmiało: *Myoma uteri* wielkości 5 miesięcy ciąży, *adnexitis, menorrhagiae*. W obu przypadkach osiągnięto pełny efekt. Wreszcie i guzy martwicze nie stanowią przeciwwskazania dla R-terapji, jak świadczy piękny wynik, osiągnięty u p. B., pacjentki prof. Rosnera, której historję choroby z r. 1917 pokrótce przytaczam:

48-letnia chora, żona prof. uniwersytetu, duże włókniaki, krwawi prawie bez przerwy bardzo obficie, przytem gorączka stała ponad 38° C. Od roku, napady duszności oskrzelowej, silne i bardzo częste, wyniszczenie i upadek sił. W dwa tygodnie po pierwszej serji naświetlań gorączka ustąpiła oraz znikły napady duszności — do chwili obecnej bezpowrotnie; guzy szybko zaczęły się zmniejszać, obecnie nie wyczuwa się ich już ponad spojeniem łonowem; naturalnie krwawienia ustąpiły radykalnie.

Przypadek ten najlepiej potwierdza fakt, że i guzy martwicze dadzą się opanować promieniami Roentgena w sposób wygodny i dla chorej zupełnie bezpieczny.

Wreszcie pozostaje do omówienia kwestja leczenia włókniaków u kobiet poniżej lat 40, — najbardziej sporna, gdzie R-terapja natrafia na największy opór ze strony ginekologów-operatorów. Jako powód podaje się zazwyczaj wzgląd na ewentualną ciążę, z jajka, które mogło by być uszkodzone przez silne naświetlanie. Otóż, że przytoczę tu tylko stanowisko Doederleina, znakomitego ginekologa monachijskiego, który z całym spokojem poleca naświetlać nietylko pacjentki poniżej lat 40, ale i poniżej lat 30, ponieważ przy obecnej technice naświetlań można być pewnym, że osiągnięta *amenorrhea* będzie trwałą. Również i Seitz i Wintz nie widzą w młodym wieku przeciwwskazania do naświetlań. Pozatem sprzeciwiają się ginekolodzy ze względu na niezwykle silne objawy wypadowe i ciężki przebieg okresu klimakterycznego. Otóż na podstawie mego, własnego doświadczenia powiedzieć mogę, że nie mogłem ani u jednej z moich młodych pacjentek zauważyć, aby te objawy klimakteryczne, porentgeniczne, przekraczały pewną dopuszczalną granicę. Niewątpliwie tkwi w tem trochę przesady.

A oto jedna z wielu historyj choroby odnośnej grupy, dotycząca jednej z najmłodszych moich pacjentek, jeszcze z roku 1910. pacjentki ś. p. prof. Brauna; 26-letnia nauczycielka, krwawi bez przerwy od 2 lat, musiała wobec tego porzucić swój zawód nauczycielski, i skazana jest na stałe leżenie w łóżku, już drugi rok. Virgo. Macica powiększona, dochodzi do pępka. Roentgen i menopauza, osiągnięta w normalnym czasie. Przebieg okresu klimakterycznego bez zarzutu. Kontrola po roku. Macicy nie wyczuwa się już ponad spojeniem łonowem, krwawień nie miewa i uważa się za zupełnie wyleczoną. Chora wróciła do swego zawodu.

Również na wzmiankę zasługuje druga chora, pacjentka kol. Doc. Zubrzyckiego. Chora lat 28. Macica ponad pępkiem. *Menorrhagiae, vitium cordis*. Osiągnięto zupełne ustanie miesiączek, przy badaniu zaś kontrolnem, po ½ roku, macica ledwie macalna ponad spojeniem łonowem; okres klimakteryczny bez najmniejszych zaburzeń.

Bardzo ważne znaczenie dla leczenia zaburzeń okresu przekwitania mają doświadczenia Boraka z zakładu prof. Holzknechta w Wiedniu.

Opierając się na tem, że po ustaniu czynności jajników przysadka mózgowa i tarczyca okazują wzmożoną funkcję, autor ten przeprowadził naświetlania rentgeniczne u 35 kobiet, które okazywały różne przypadłości okresu przekwitania, jak uderzenia krwi do głowy, napadowe poty, napady duszności, zawroty głowy, a nawet zaburzenia wzroku i *pruritus vulvae*. Po naświetlaniach przysadki z 2 bram wpadowych na obu skroniach objawy te bez śladu ustępowały.

Że nie wchodzi tu w grę suggestja lub działanie promieni na stan ogólny, to dowodzi fakt, że te objawy nie znikały, gdy naświetlano wątrobę lub kończyny, lub robiono naświetlania fikcyjne. W roku ubiegłym ogłosił w Journal de Radiologie znakomity radiolog francuski i słynny wynalazca najlepszego ionometru, Solomon, w zeszycie listopadowym analogiczne doświadczenia na 7 pacjentkach. Otóż i ten autor potwierdził doświadczenia Boraka i gorąco je poleca. Własnych doświadczeń w tym kierunku nie posiadam, gdyż, jak już wspomniałem, u moich chorych tak przesadnie silnych objawów wypadowych dotychczas nie spostrzegałem, prawdopodobnie skutkiem nieco odmiennej techniki naświetlań. Doświadczenie jednak pewne co do wpływu naświetlań na przysadkę posiadam u pacjentek z *Akromegalją*. Mianowicie pacjentki te miały stałą *amenorrheę*, natomiast, gdy po leczeniu rentgenicznem objawy akromegaliczne cofały się, znikała stopniowo budowa akromegaliczna oraz zaburzenia wzroku, a nawet całkowita ślepota, (przypadki ogłoszone w polskiej Gazecie Lekarskiej w r. 1925. wspólnie z Doc. Artwińskim), to równocześnie wracała i miesiączka.

Dowodzi to, że po zmniejszeniu przysadki, czyto nowotworowo zmienionej, czy też tylko hiperplastycznej, pod wpływem Roentgena, wracają jajniki do normalnej funkcji.

Jednym z motywów, który podnoszą przeciwnicy leczenia roentgenologicznego u młodych kobiet jest konieczność zachowania dużej, życiowej energji jajników w tym wieku, ze względu na późniejszą niepłodność i silne objawy przekwitania. Co do objawów przekwitania, jak je leczyć, już o tem wspominałem, a co do niepłodności, to rzeczywiście z faktem tym te chore, które decydują się na leczenie rentgenowe, pogodzić się muszą. Naturalnie, wielką rolę odgrywają tu i wierzenia religijne i wychowanie i cały stan psychiczny chorej.

Tam, gdzie z tych czy innych powodów wchodzi w grę pragnienie dziecka, które, jak wiadomo, może być u kobiet uczuciem niesłychanie silnem, tam należy z Roentgena zrezygnować. Pozostaje tylko jedyna droga t. j. wyłuszczenie włókniaków. Ale czy pozostawienie blizny pooperacyjnej w ścianie macicy, już poza zawsze wielkiem ryzykiem każdej operacji włókniaków, o czem już wspominałem, — nie wzbudza obaw o pęknięcie macicy przy porodzie, to już pozostawiam uznaniu fachowych ginekologów.

A teraz chciałbym poruszyć jeszcze sprawę hipertonji, którą także obciążają sumienie rentgenologów przeważnie interniści.

Otóż tu muszę się powołać na bardzo ciekawe doświadczenia prof. Strassmanna z Berlina, ogłoszone w Archiv für Gynäkologie, tom 126.

Autor ten na podstawie bardzo sumiennych doświadczeń wyprowadza następujące wnioski:

Ustanie miesiączki naturalne wywołuje podniesienie ciśnienia przeciętnie o 20 mm, z następowym przerostem serca, wytrzebienie operacyjne podnosi ciśnienie przeciętnie o 33 mm; konserwatywne operacje z pozostawieniem macicy i przynajmniej jednego jajnika nie wywołują wcale hipertonji; również nie wywołuje jej dawka roentgeniczna, jaką stosujemy zwykle przy leczeniu włókniaków i metropatji, ponieważ nie zostaje naruszona wydzielina wewnętrzna jajników; natomiast podnoszą ciśnienie wielkie dawki, jakie stosujemy przy leczeniu nowotworów złośliwych. Również i Groedel poleca właśnie w przypadkach hipertonji i przy bardzo obfitych krwawieniach okresu przekwitania leczenie promieniami Roentgena. Na podstawie własnej obserwacji u 2 pacjentek z wysokiem ciśnieniem (230 mm) i równoczesnych menorrhagjach nie zauważyłem żadnego wpływu leczenia rentgenowego, na wysokość ciśnienia, które utrzymywało się w tej samej wysokości t. j. 230 mm po leczeniu, jak i przed zniknięciem miesiączki.

Reasumując to wszystko, co powiedziałem o przeciwwskazaniach do leczenia Roentgenem, należy postawić kwestję jasno. Decyzja co do wyboru metody leczenia musi i powinna w każdym poszczególnym wypadku leżeć w ręku ginekologa. On tylko jest jedynym kompetentnym sędzią, czy dany przypadek kwalifikuje się do leczenia Roentgenem, czy też powinien być bezwzględnie operowany.

Wspomniałem jednak i o tem, że wskazania dotychczasowe muszą być poddane rewizji w myśl postępów nauki, a w szczególności postępów techniki roentgenicznej; wykazałem dalej na materjale moim w ciągu 20-letniej praktyki, że wiele z tych przypadków, które ginekolog dotychczas uważał za jedynie wskazane do operacji, w bardzo dużym procencie dają się jeszcze w sposób bezkrwawy, zupełnie bezpieczny dla chorej i wygodny leczyć na drodze R.-terapji.

Jedynie więc bezwzględnie kwalifikują się pod nóż chirurga przypadki włókniaków, w których grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia chorej, jak przy skręceniu szypuły guza, przy bardzo ciężkich krwotokach, których opanować nie można naświetleniem śledziony oraz przy powikłaniach septycznych i ropnych. Ponadto liczyć się należy w najszerszych granicach z żądaniem chorej, aby pozostawić jej nienaruszoną możność zajścia w ciążę.

We wszystkich, innych przypadkach powinien ginekolog dobrze rozważyć i zastanowić się, zanim zdecyduje się na tak ciężki zabieg, czyby R-terapją nie dało się jeszcze osiągnąć wyleczenia chorej. Tylko sumienna współpraca z roentgenologiem i obserwacja w ciągu leczenia i dłuższy okres czasu po ustaniu perjodu uchronić może od przykrych komplikacyj i zarzutów.

Jeszcze jedna prośba, z którą się zwracam do Panów: Nie nadawajcie, Panowie, nigdy na określenie leczenia Roentgenem nazwy kastracji lub dawki kastracyjnej. Przedewszystkiem leczenie Roentgenem nie jest żadną kastracją. Tą niefortunną nomenklaturą sieje się tylko niepotrzebnie popłoch oraz fatalnie działa się na psychę chorych, które uważają się potem za skastrowane i okaleczone. A poza tem i nie odpowiada zupełnie rzeczywistości. Seitz, który tę nazwę podał, wprowadził właściwie tylko w całej sprawie zamęt. Jako zupełną kastrację określił zniszczenie całego aparatu follikularnego, a zatem pęcherzyków pierwotnych łącznie z gruczołem śródmiąższowym. Ponadto odróżnia kastrację trwałą od kastracji czasowej, w której zniszczony bywa tylko aparat follikularny z pozostawieniem pewnej ilości pęcherzyków pierwotnych, mało wrażliwych na promienie Roentgena. A w końcu przyjmuje jeszcze t. zw. exovulację, w której niszczy tylko aparat follikularny z pozostawieniem gruczołu śródmiąższowego. Pierwszą t. j. kastrację zupełną osiąga przez zastosowanie 35% HED., licząc naturalnie *pro ovario*, drugą przy 26%, a dla trzeciej dawki nie określa. Przez takie ryczałtowe postawienie kwestji popada w szereg sprzeczności. Przedewszystkiem nie liczy się z zasadniczym problemem nauki o konstytucji. Nie wszystkie kobiety są jednakowe, i nie wszystkie jajniki matematycznie jednakowo reagują na tę samą dawkę promieni. Już przecie w średnich wiekach mawiano: „tota mulier in ovariis", a szczególnie dobitnie występuje to przy stosowaniu promieni R. Ta sama dawka, która u jednej kobiety wywoła już ustanie perjodu, u drugiej będzie małą lub za dużą. Trzymając się zawsze tej samej liczby 35%, aplikujemy nieraz niepotrzebnie nieobojętny środek, w dawce zbyt dużej. Wykluczamy możność leczenia indywidualnego.

Dla ilustracji przytoczę pokrótce historję choroby pacjentki kol. doc. Szymanowicza, z rozpoznaniem *Salpingitis tuberculosa*, którą w ubiegłym roku leczyłem promieniami Roentgena, dawkami niesłychanie małemi, bo wynoszącemi zaledwie około 5% HED. w głębi t. j. *pro ovario*.

Pomimo to wystąpiła amenorrhea, która trwała już przeszło rok z wyraźnie zaznaczonemi objawami wypadowemi; a była to osoba jeszcze bardzo młoda, bo licząca zaledwie 22 lata. W tym przypadku dłuższa sterylizacja chorej może jej wyjść tylko na dobre, gdyż uwalnia ją od wahań cyklu menstruacyjnego, co tylko korzystnie wpływa na sam proces gruźliczy, który już całkowicie według opinji doc. Szymanowicza został wyleczony, ale w każdym razie nie była ona na tak długi okres zamierzona.

Dalej powiada Seitz, że po zastosowaniu tej dawki kastracyjnej jeszcze jednak w 8% przypadków przyjść może jeden, a nawet kilka perjodów z powodu niedostatecznego zniszczenia pęcherzyków pierwotnych, a nawet i menorrhagiae. Te pęcherzyki pierwotne są wogóle mało wrażliwe na działanie promieni i mogą z biegiem czasu odzyskać żywotność i dać powód do szeregu perjodów. Ale wtedy radzi, aby dawką mniejszą od kastracyjnej doprowadzić je do całkowitego zaniku.

Na jedno musimy się zgodzić: albo promienie Roentgena w ilości 35% *pro ovario* kładą pokotem wszystkie elementy składowe jajnika, a zatem pęcherzyki Graffa i pęcherzyki pierwotne i gruczoł śródmiąższowy, i wtedy można mówić o kastracji, albo czynią to tylko częściowo, t. j. niszczą tylko aparat follikularny w mniejszym lub większym stopniu pozostawiają gruczoł śródmiąższowy, a z nim i wydzielinę wewnętrzną w stanie normalnym, w takim razie niema mowy o kastracji i niema potrzeby wprowadzania tej odstraszającej nazwy do terminologji lekarskiej. Następujące ogólnie spostrzegane i niewątpliwe fakty przemawiają przeciw pierwszej suppozycji: brak po leczeniu roentgenowem zaniku starczego części rodnych zewnętrznych, pochwy i macicy, jak wogóle brak wszelkich zmian cielesnych i psychicznych, brak tycia, jak po kastracji operacyjnej, utrzymanie *libido sexualis*, która bodaj że u wielu pacjentek staje się jeszcze silniejsza niż była przed leczeniem, oraz w końcu brak wpływu na hipertonję. Wszystkie te spostrzeżenia razem dowodzą, że wydzielina wewnętrzna jajników po leczeniu roentgenowem pozostaje w stanie nienaruszonym, zatem nazwa: kastracja zupełnie nie jest usprawiedliwiona, a tem samem jest zbyteczna.

———————

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

List z Utrechtu.

Utrecht, 7. V. 1927.

Z głębokiego południa szybką drogą, bo tylko z krótkiem zatrzymaniem się w Paryżu zdążałem do Holandji. Celem tej mojej podróży był Utrecht i chęć naocznego poznania preparatów prof. Boekego, które poniekąd z gruntu zmieniły nasze pojęcia o zakończeniach nerwowych, mianowicie o stosunku ich do tkanek, w których się kończą. Po drodze nie mogłem się tylko oprzeć pokusie zatrzymania się na parę godzin w Amsterdamie, aby raz jeszcze oglądnąć i nasycić się widokiem sławnego obrazu Rembrandta „Straż nocna", który już z przed lat znałem, który jednak zawsze wywołuje wrażenie jakiegoś nadziemskiego zjawiska.

W Utrechcie oddalonym o godzinę od Amsterdamu zabawiłem 2 dni. Utrecht zrobił na mnie b. dodatnie wrażenie. Miasto nie wielkie, liczące około 150.000 mieszkańców, typowo holenderskie, poprzecinane kanałami.

Spotkałem się tu z niezwykłą gościnnością i uprzejmością, zarówno ze strony samego prof. Boekego, jak i jego asystentów. Prof. Boeke, gdy mu zatelefonowałem, że przybyłem, przyjechał do mnie do hotelu na rowerze. Wspominam o tem dlatego, żeby podzielić się wiadomością, iż pierwsze co uderza przybysza to masa jadących na rowerach. W Holandji całej w ogóle, a w Utrechcie specjalnie połowa prawie mieszkańców używa stale rowerów bez względu na płeć i wiek. Widzi się też mnóstwo kobiet, w tem także poważniejsze wiekiem. Statystycznie stwierdzono, iż z 7.000.000 mieszkańców 3,000.000 używa stale rowerów. Ażeby oglądnąć część miasta poszliśmy piechotą do zakładu, który zwrócił moją uwagę miłem zewnętrznem wejrzeniem, czystością i prawie artystycznem urządzeniem wewnętrznem, co świadczy niewątpliwie o kulturze i estetycznych tendencjach umysłu tego uczonego.

Prof. Boeke (czytaj Buke) człowiek 52 lat liczący robi nadzwyczaj miłe wrażenie. Porozumieć się z nim można łatwo po niemiecku.

Instytut histologji i embrjologji mieści się w ulicy zacisznej, w prywatnej kamienicy i jest rozłożony na trzech piętrach. W Utrechcie pracowałem w czasie mego krótkiego pobytu energicznie w towarzystwie prof. Boekego do godziny 11-ej w nocy oglądając dziesiątki jego preparatów, które narobiły wiele wrzawy wśród histologów, chciałem bowiem na tej podstawie wyrobić sobie zdanie o słuszności jego zapatrywań.

Jeden z asystentów wprowadził mnie w tajniki metod używanych w instytucie dla barwienia pierwotnych włókienek nerwowych (Neurofibrille). Jedna z nich jest nieznaczną modyfikacją metody Bielschowskiego, druga zaś Grossównej z następowem złoceniem.

Barwienia te dają obrazy wspaniałe, uwidaczniając przebieg włókienek nerwowych jak na schemacie. Wychodzą one może nawet piękniej niż na preparatach uzyskanych metodami Ramón y Cajala. Oglądając te preparaty nie mogłem jednak niestety usunąć doszczętnie wątpliwości, które a priori, znając tylko rysunki i tekst pracy, mi się nasuwały. Bezpośredniej łączności ostatnich końców neurofibril z t. zw. włókienkami ultraterminowemi z całą pewnością dopatrzeć się nie mogłem.

W tych właśnie włókienkach ultraterminalnych widzi Prof. Boeke pośrednika, który łączy włókienka nerwowe z substancją kurczliwą w zakończeniach motorycznych, względnie końcowe tarcze nerwowe z protoplasmą komórek dotykowych w czuciowych ciałkach końcowych.

Miałem szczęście, że powrót mój do kraju wypadł z początkiem maja. W trzy tygodnie bowiem później byłoby moje widzenie się z Prof. Boekem już niemożliwe, gdyż pierwszego czerwca miał on wyjechać na 15 miesięcy do Indyj holenderskich w celu założenia fakultetu lekarskiego w Batavii (na Jawie). W przyszłym roku szkolnym ma on prowadzić wykłady anatomji w instytucie przed laty już zbudowanym. W Indjach holenderskich nie było dotychczas wydziału lekarskiego, mimo, że liczą one około 100,000.000 ludności.

W końcu nie mogę pominąć milczeniem zdarzenia, które zupełnie przypadkowo miało miejsce w zakładzie Prof. Boekego. Oto mówiło się o badaniach prof. Dogiela, o którym mało kto wie, że był Polakiem. Na to odpowiedział mi Prof. B., iż w ostatnich miesiącach przed śmiercią Prof. Dogiel pozostawał z nim w korespondencji, która rzuca światło na ten ostatni, bardzo smutny okres życia polskiego uczonego. Prof. Boeke wyszukał mi w biurku ostatni list śp. Prof. Dogiela, pisany w języku niemieckim i odczytał ustęp, w którym dziękuje za nadesłaną pracę i prosi o przyjęcie swoich odbitek, następnie zaś pisze wten sposób: „Prócz tego mam do Pana jeszcze jedną prośbę, lecz wstydzę się przystąpić z nią do Pana, z obawy, że spełnienie jej mogłoby przysporzyć Panu wiele kłopotu i zachodu. Chodzi o to, że byłem zmuszony przepędzać w zimie całe dnie w pracowni przy temperaturze —2, —3° C. resztę zaś czasu w mem słabo opalonem mieszkaniu, przyczem jednak nie jestem w posiadaniu ciepłej wełnianej bielizny (jak wełnianej koszuli albo sweteru, wełnianych skarpetek etc.); zakupno tych rzeczy jest u nas bardzo trudne a w dodatku w cenie ledwo dostępne. Wzgląd ten skłonił mnie trudzić Pana i zwrócić się do Niego z prośbą, czy nie byłoby możliwe otrzymać te przedmioty z Pańską łaskawą pomocą. Wydatki starałbym się pokryć w jakiś sposób pieniądzmi zagranicznemi.

Zarówno ja, jak i moja rodzina cierpimy na wielki brak pewnych artykułów spożywczych (cukier, mąka itd.), lecz nie mam już całkiem odwagi zwracać się z takiemi prośbami do Pana.

Z serdecznem pozdrowieniem
oddany Panu
A. S. Dogiel".

List był bez daty, na kopercie jednak była pieczęć: Stockholm 25. 5. 1922.

Zanim Prof. Boeke zdążył wysłać żądane rzeczy, doszła go wiadomość o śmierci Prof. Dogiela (październik 1922). Smutne te nad wyraz słowa, podaję do publicznej wiadomości, gdyż wydaje mi się, że powinny one przejść do historji umysłowości polskiej.

W. Szymonowicz.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Prof. BROWICZ. Kraków.

O słownictwie lekarskiem.

W numerze 21-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. pomieścił Prof. Gieszczykiewicz rzecz o polskiem słownictwie bakterjologicznem.

Polskie słownictwo mikrobiologiczne, tak samo i serologiczne było podówczas, gdy powstawał słownik lekarski z r. 1905 jeszcze nie obrobione, dopiero niejako w zawiązku.

Cały ten dział w słowniku z r. 1905 wymaga nietylko bardzo znacznego uzupełnienia, ale nawet gruntownego przerobienia.

W ogóle słownictwo lekarskie, nietylko polskie, wymaga gruntownej reformy wobec tego, że wiele mian nowych od tego czasu przybyło, że wiele mian dawniejszych, w miarę coraz dokładniejszej znajomości praw fizjologicznych i patologicznych nie odpowiada dzisiejszym pojęciom, istocie rzeczy, przestarzałe.

O reformę słownictwa lekarskiego zabiegam od szeregu lat.

Nieodpowiednia, niewłaściwa nazwa sprowadza nieporozumienia, bałamuctwa, wiedzie mniej krytyczne umysły na manowce.

Dobór wyrazu, mającego określać, oznaczać jakiś stan, czy sprawę nie jest obojętny. Coś prawdy tkwi w powiedzeniu: Prudens nominatio dimidium scientiae.

Dobór nazwy jak i dobre definicje to konieczne warunki rozwoju w każdej nauce, chronią od wielu próżnych dyskusyj.

W tym duchu przemawiał u nas Jędrzej Śniadecki.

Prof. Gieszczykiewicz podaje szereg uwag co do mian dotąd używanych, do tego dołączam i moje uwagi: Dyskusja pożyteczna i potrzebna *).

Schizophyta, schizomycetes, Spaltpilze, według Prof. Gieszczykiewicza najlepiej byłoby określać mianem: bakterje. Tak nazywa je także słownik z r. 1905.

Miano bakterje nie określa jednak gatunkowości mikrobu, sposobu rozmnażania.

Czy nie lepiej, odpowiedniej nazywać je mikrobami rozszczepkowemi, nazwa dawna, albo wprost rozszczepkami.

Rozszczepić znaczy rozłupać nie na całej długości, rozdwoić, rozciąć, a to się właśnie dzieje w tym sposobie rozmnażania.

Coccaceae nazywa słownik z r. 1905 *ziarenkowcami*. Nazwa ogólna tworów *z ziarn złożonych*.

Micrococcum nazywa słownik *ziarenkowcem*, mianem podobnie urobionem jak paciorkowiec, gronkowiec, wiewiórowiec. Czy to nie lepsza nazwa aniżeli proponowany i przez Prof. Giszczykiewicza zalecany ziarnik.

---

*) Zebrałem z biegiem lat około 4500 mian, po części dawniejszych, niepomieszczonych w słowniku z r. 1905, w znacznej części nowo powstałych. Materjał do druku gotowy, abecadłowo ułożony, chodzi tylko o nakładcę.

Końcówki „ak" używamy w patologji zazwyczaj do oznaczania tworów guzowatych jak tętniak, włókniak, kilak, gruźliczak, ziarniniak (granuloma, nazwano go także niewłaściwie ziarniakiem) i t. p.

Ziarnikiem nazywam coccidium, ziarniczością coccidiosis. Sarcina czworniak. Tak się przedstawia na pierwszy rzut oka mikroskopijny obraz tworu tego złożonego z czterech cząstek. Czy nie lepsze to miano aniżeli nazwa sześcianka polecona przez Prof. Gieszczykiewicza ze względu na bryłowatość tworu, przecież każdy twór stały, materjalny jest bryłowaty. Lepszym już w każdym razie byłby pakietowiec (Eisenberga).

Bacteriaceae, czy nie lepiej prątkowce aniżeli pałeczkowce.

Bacterium, lepiej prątek aniżeli pałeczka.

Bacillus, lepiej prątek aniżeli laseczka.

Bez względu, co zresztą rzecz podrzędna, czy twór dłuższy czy krótszy — na tem opierać się ma różnica między pałeczką a laseczką — chodzi tu o kształt, a ten wyraża miano prątek.

Miano prątek lepsze i ze względu na wyrazy pochodne, szczegół nie małego znaczenia, n. p.: zaprątczyć, zaprątkować, odprątkować. Czy to nie lepiej brzmi aniżeli wyraz zapałeczczenie, zapałeczkowanie, zalaseczkowanie.

Wyraz prątek dawno używany, dokładnie określa kształt mikrobu, niema powodu i potrzeby usuwać go teraz.

Nazwa krętkowce (Spirillaceae, Spirobacteriae, Schraubenbakterien) lepsza aniżeli krętki, jakkolwiek jeszcze lepsza, zdaniem mojem, nazwa *śrubowce*, dokładniej bowiem określa wielokrętność mikrobu.

Na miano spirochaete, miasto dosłownego tłumaczenia krętowłos, wydaje mi się wyraz *śrubowiec* odpowiedniejszy, jako miano gatunkowe.

Niezawsze dosłowne tłumaczenie wyrazu obcego konieczne, właściwe, a nawet niekiedy szkodliwe, błędne, jak n. p. tłumaczenie dosłowne miana haemolysis — krwiobójczość (Eisenberga). Chodzi bowiem głównie o istotę rzeczy, pojęcia,

Przepatrując, jako niejako przygotowywanie do nowego wydania słownika, z roku 1905, zmieniłem miano actinomyces na *promiennik,* actinomycetes *na promienniki,* actinomycoma na *promienniak,* actinomycosis na *promiennica,* actinomycesrasen na *pilśń promienniczą,* actinomyceskolben na pałeczkę *promienniczą.*

Na miano actinomyces zaleca Prof. Gieszczykiewicz znowu prętek, co zwiększyłoby chyba bałamuctwa.

Na miano Antistoff, Antikörper, Antitoksin podałem Prof. Gieszczykiewiczowi obok nazwy niwecznik, także miano zobojętnik, nierozumiem dlaczego je odrzucił.

Miano niwecznik (lysinum) mieści także pojęcie niszczenia, usuwania przez związek chemiczny czynnika szkodliwego, a o to właśnie chodzi.

Haemolysis, to miano zasadniczo błędne, bo nie chodzi o rozpuszczanie, niszczenie krwi, jako takiej, tylko o pozbawianie czerwonych krwinek hemoglobiny z pozostawianiem osnowy krwinek, potem także niszczejącej.

O wyrazie odhemoglobinienie powiada Prof. Gieszczykiewicz że może lepiej opisuje samo zjawisko, a więc widocznie mało zrozumiałe. Dlatego nierozumiem dlaczego Prof. Gieszczykiewicz powiada, że każdy rozumie, co to jest hemoliza, której miano zatrzymać zaleca, ale nie każdy wie, co to jest odhemoglobinienie — ja dodaję — ale się dowie.

A czyż miano hemoliza bez objaśnienia odrazu rozumie każdy? Odnosi się to do niemal wszystkich mian we wszystkich działach nauki, że dopiero po objaśnieniu stają się zrozumiałe, nie wyłączając zalecanego przez Prof. Gieszczykiewicza: ziarniaki, sześcianki.

Przedrostek (czy to od razu zrozumiałe bez objaśnienia?) „od" nie nadaje jednakiego znaczenia wyrazom, jak o tem świadczą n. p. wyrazy: odwodnić, odtłuścić, odkościć t. j. pozbawić: wody, tłuszczu, kości, a wyrazy: odfermentować, odmineralizować. odfotografować i t. p.

Powiada Prof. Gieszczykiewicz, że nazwa „odhemoglobinienie" to nie spolszczenie, lecz podstawienie jednego wyrazu obcego za drugi, ależ to rzecz zwykła, używana, jak o tem świadczą jako przykład przytoczone powyżej wyrazy.

Czy spolszczanie polegać ma na dosłownem tłumaczeniu obcego wyrazu?

Czy dostosowanie wyrazu obcego do odmiany rzeczownikowej, czasownikowej nie jest spolszczeniem?

Czy wyrazy: odfermentować, odmineralizować, odtuberkulinić i t. p. nie są spolszczone?

Na wyraz hemoglobina mamy wprawdzie wyraz polski, barwik krwi, ale od tej nazwy polskiej nie utworzy się bez określenia słownego, niekoniecznie wygodnego w użyciu, wyrazów pochodnych, a potrzebnych, używanych, jak n. p. hemoglobinienie.

Czerwonokrwinki nabierają hemoglobiny, niezawierają od początku barwika krwi, a więc hemoglobinieją, są w końcu zahemoglobinione.

Czy to złe wyrażenie: mocz zahemoglobiniony, osocze zahemoglobinione? Miano hemoglobinność, t. j. ilość hemoglobiny w krwinkach, nazwy jednowyrazowej nie utworzymy z nazwy polskiej: barwik krwi.

Haemolysinum odhemoglobinnik, czynnik pozbawiający hemoglobiny, wyraz urobiony jak zlepnik (agglutininum), przyniętnik (attraxinum), przysposobnik (opsoninum), znowu bez określenia słownego nie da się utworzyć od nazwy polskiej.

Haemolyticus odhemoglobiniający, krwinkogubny.

Nie jestem zwolennikiem bezwzględnego usuwania i spolszczania nazw obcych, ogólnie przyjętych, wszędzie w świecie używanych i rozumianych jak n. p. mikrob (wyraz lepszy aniżeli bakterja, bo ogólniejszy), od którego nadto tworzy się łatwo wyrazy pochodne, potrzebne, jak n. p. zamikrobić, odmikrobić, domikrobić, przemikrobić.

Wyraz mikroskopowy a mikroskopijny niejednakiego znaczenia. Wyrazu takiego od nieszczęsnego wyrazu polskiego drobnowid utworzyć nie można.

Wyrazy takie jak: telegraf, telefon, mikroskop (nie drobnowid), mikrob (nie drobnoustrój), koloidy (nie rozpyłki, z czem się już spotkałem) zatrzymajmy, naszemu językowi nie przyniesie to ujmy.

Nie naśladujmy w tej mierze (w niektórych innych rzeczach i owszem) Niemców.

Prof. Dr. T. Browicz nadsyła następujące wnioski mianownicze i językowe:

Epipharynx — Rhinopharynx, po polsku — zanosie (górna część gardła).

Mesopharynx Mundrachen „Arrière bouche" — po polsku — zauście (środkowa część gardła).

Hypopharynx — po polsku — zakrtanie (dolna część gardła).

Scorbut — po polsku — dziąślica (nie gnilec, bo sprawa nic z gniciem niema wspólnego).

Epulis — po polsku — dziąślak (nie mięsak dziąsła, bo skład nie zawsze jednaki).

Serumhöhle — po polsku — jama surowicówkowa (nie surowicza, bo to niema nic wspólnego z surowicą).

Saprophyt — po polsku — dosłownie mikrob gnilny, trup (właściwe znaczenie). Wyraz ten niewłaściwie bywa używany, dla oznaczania mikrobów pasorzytujących, nieczynnych, nieszkodliwych na razie, nazywam je pasorzytowcami (Parasite Schmarotzer) nie roztoczami, bo to pasorzyty zwierzęce). Wyrazu saprofit używaćby chyba można we właściwem znaczeniu.

OCENY.

Simon i Redeker: *Praktisches Lehrbuch der Kindertuberkulose.* Lipsk, wyd. Kabicza 1926, str. 425, rys. 144, tabl. 20.

W tym niepowszedniej wartości podręczniku odnajdujemy następujące ustępy godne odnotowania. W pierwszej części, dotyczącej ogólnej nauki o gruźlicy i jej rozpoznawaniu, autorzy krótko i dostępnie wykładają podstawy przebiegu gruźlicy — podług podziału Rankego, oraz współczesne poglądy na istotę odporności i allergji. W dziale epidemjologji szczególną uwagę zwracają na infekcje masowe i *powtarzające się superinfekcje wczesne,* jako na czynniki powodujące cięższy przebieg gruźlicy u dziecka. W dokładnym i żywym wykładzie opisują działalność poradni przeciwgruźliczych i ich zadanie. W dziale o sposobach rozpoznawania gruźlicy u dzieci obszernie jest mowa o stosowaniu odczynów tuberkulinowych, które przyczyniają się nie tylko do możności rozpoznania, czy dziecko jest zainfekowane, ale niekiedy pozwalają łącznie z innemi metodami badania na rozpoznanie okresu choroby. Z innych metod pomocniczych żadne badania serologiczne nie nadają się do stałego stosowania, za wyjątkiem odczynu opadania krwinek czerwonych, który według autorów niekiedy zbliża nas do rozpoznania. Brak objawów klinicznych przy dodatniej próbie tuberkulinowej i normalnem opadaniu przemawia za tem, że dziecko nie jest na gruźlicę chore. O wartości rokowniczej ostatniej próby autorzy wyrażają się z pewną oględnością. Zrozumiała się staje ta oględność, jeśli wziąść pod uwagę, że w niektórych przypadkach gruźlicy perifokalnej wysiękowo-zapalnej (typu *epituberculosis)* spostrzegać

można przyśpieszenie opadania krwinek; a jest to sprawa patologiczna, która daje najczęściej rokowanie dobre. Dodatni wynik odczynu Biernackiego przy obecności klinicznych objawów prawie — że pneumonicznych należy do objawów mogących przechylić rozpoznanie w stronę pneumonji, która jednak względnie rzadko powstaje na tle zapalenia obwodowego.

Duże znaczenie rozpoznawcze przypisują autorzy morfologicznemu badaniu krwi i wzorom Schillinga. Przy badaniu plwocin zwracają uwagę na morfologię komórek, na ogólny wygląd plwocin, ich spoistość. Rozdział o rozpoznawaniu Rentgenowskiem jest opracowany szczegółowo; uwzględnione są tu wszelkie odrębności dotyczące techniki rozpoznawania zmian płucnych u dzieci. Autorzy wielką wagę przypisują badaniu rentgenowskiemu i używają w przychodni tej metody nawet do wykrycia źródła zainfekowania dziecka, a to przez masowe prześwietlania ludzi z otoczenia chorego dziecka. Utrzymując każde dziecko przychodni pod stałą kontrolą aparatu Roentgena, autorzy spostrzegają *chwilę zjawienia się* nacieczenia okołoogniskowego, które uważają za wyraz superinfekcji i który ma być objawem powstającym bezpośrednio po zakażeniu dodatkowem, a wzmagającym się w swem natężeniu i niebezpieczeństwie za każdem nowem wtargnięciem laseczników do ustroju dziecka. Wykrycie w tej właśnie chwili źródła superinfekcji i odgrodzenie tego źródła od dziecka jest logiczną drogą złagodzenia rozwoju choroby. Taka akcja przychodni stanowi jeden z przekonywujących przykładów rozmaitych możliwości walki z gruźlicą przy pomocy tych instytucji.

Z czynników wpływających na przebieg zakażenia u danego dziecka autorzy szczególną uwagę przypisują konstytucji. Zgodnie z Coerperem starają się w każdym przypadku określić: wrodzone (lub odziedziczone) własności sposobu reagowania na zarażenia, sposobu w jaki ustrój walczył z zarazkiem, aż do chwili badania; 2. typ habitus dziecka (schemat Sigaud); 3. zachowywanie się dziecka, t. j. jego zdolność przystosowywania się do warunków życiowych — i wyciągają stąd pewne wnioski rokownicze. Z zestawienia typu dziecka i postaci gruźlicy, zestawienia opartego na spostrzeżeniach przeszło tysiąca przypadków, autorzy wnioskują, że żaden z typów nie jest specjalnie do gruźlicy predysponowany. Stwierdzają jednak, że dzieci typu *„digestivus"* i *„muscularis"* skłonne są do postaci tuberkulotoksycznych.

Część druga książki poświęcona jest klinice i rozpoznawaniu różnych postaci gruźlicy płucnej i pozapłucnej. Podstawą jest podział Rankego. Szczególnie szeroko omawiane jest rozpoznawanie kliniczne poszczególnych okresów. Okres pierwszy, zespół pierwotny, dotąd rozpoznawany dopiero na zasadzie zmian istniejących w okresie zwapnienia — autorzy rozpoznają już w jego stanie czynnym, opierając się na typowym dla niego obrazie rentgenowskim dwubiegunowego zarysu cienia („Bipolarität"), na typowem nacieczeniu okołoogniskowem. Autorzy nazywają nacieczenie to pierwotnem w odróżnieniu od nacieczenia wtórnego, spotykanego w okresie generalizacji (Ranke II). Nacieczenia pierwotne i wtórne według tych autorów są to właściwie zapalenia okołoogniskowe Tendeloo; jest to gruźlica zapalna. W okresie II Rankego, okresie uczulenia na jady gruźlicze, występowanie podobnych infiltracji dokoła ogniska gruźliczego gruczołowego lub opłucnego jest b. częste i dla tego okresu charakterystyczne. Jest to jedyny przejaw wyraźny nie dającej się inną drogą stwierdzić czynnej gruźlicy gruczołów wnękowych. Dla tego autorzy odróżniają: 1. gruźlicę gruczołów wnękowych guzowatą, 2. gruźlicę tych gruczołów niewidoczną, która ujawnia się dopiero dzięki powyżej opisanym stanom zapalnym.

O ile nacieczenie wtórne, które zwykle rozchodzi się bez śladu, serowacieje wzgl. przechodzi w jamę — jest to postać opisana przez Racha, jako wewnątrzpłucna gruźlica wnęki. Nacieczenia zapalne wtórne niewielkie nie mogą być rozpoznane; średnie dają obraz przez Slukę opisanej postaci gruźlicy wnękowej w postaci trójkąta; b. duże — równoznaczne są z epituberkulozą Eliasberg i Neulanda. Opisy wszystkich powyższych postaci ilustrowane są przez liczne zdjęcia rentgenowskie.

Do postaci okresu II zaliczają autorzy płatowe i rozsiane pneumonje, mające tendencje do serowacenia, powstałe przez dostanie się mas infekcyjnych do oskrzela lub tętnicy płucnej. Dotąd wszystkie postacie serowate zaliczane były do okresu III (Liebermeister). Rozpoznanie okresu II jest wogóle b. trudne. Wytycznemi w tym kierunku służyć mogą: ostry wzgl. podostry początek, jednoczesne powstanie nacieku zapalnego, jego rozsypanie się lub przejście do induracji, umiejscowienie w dolnych lub środkowych płatach, brak charłactwa i krwawień; jednoczesne występowanie innych przerzutów drogą krwionośną (kości, oczy, gruczoły), wybitna allergja skórna, gorączka nie ustępująca na zadziałanie pyramidonu. Rokowanie tych postaci klinicznych jest w okresie II lepsze, aniżeli w III, i jeśli nawet dochodzi do wytwarzania jam szybko postępujących, mają one zdolność do szybkiego zabliźniania się. Autor nazywa je jamami zapalnemi w odróżnieniu od jam rozpadowych III okresu. Jedyną rzeczową metodą leczenia tych jam jest odma. Jako zejście tych jam, mających zdolność gojenia się, mogą pozostać duże zmiany włókniste z przeciągnięciem serca, tchawicy i rozstrzeniami oskrzeli.

Zależnie od zjadliwości mas infekcyjnych przedostających się z ogniska gruczołowego do krwi i zależnie od odporności ustroju i miejsca wtargnięcia powstają różne postacie hematogennej gruźlicy płuc, a mianowicie:

1. Postać lekka *(Miliaris apicalis discreta* Neumanna, *Tuberculosis larvata Hollo. Tuberculosis juvenilis* Kocha).
2. Postać średniociężka *(Tbc. fibrosa densa* Neumanna).
3. Postać b. ciężka (prosówka ogólna).

Pojęcie gruźlicy rozsianej przeciwstawiają autorzy — gruźlicy płuc przerzutowej, opisanej przez Simona. Dla tej postaci charakterystyczne są oddzielne ogniska, które trudno jest odróżnić od ogniska wzgl. ognisk pierwotnych. Te ogniska przerzutowe umiejscowione są często w szczytach i to odróżnia je od ognisk pierwotnych. Zwykle serowacieją one, wapnieją lub przechodzą w jamy, które również mają tendencję do gojenia się. Ogniska przerzutowe w szczytach nie należą u dzieci do rzadkości, o ile się na nie zwraca uwagę. Hübschmann objaśnia ich powstanie przedostaniem się nielicznych bakteryj do krwiobiegu. Czy te ogniska są źródłem szerzenia się gruźlicy drogą kanałową w okresie III — dotąd nie stwierdzono.

Większość przypadków suchot płucnych u dzieci powstaje z dalszego rozwoju gruźlicy hematogennej wraz ze stopniowym zanikiem właściwości anafilaktycznych okresu II. Jako postać dla dzieci typową, szerzącą się w kierunku *apico-caudalis* z zajęciem gruczołów wnękowych podaje autor postać suchot wieku pokwitania (Aschoff).

Naogół rokowanie spraw płucnych II okresu jest lepsze, niż okresu III. Przypadki nawet gruźlicy płuc otwartej przebiegające przewlekle, mogą należeć, zdaniem autorów, do okresu II. Stan rzeczy może być n. p. taki, że wkoło małego ogniska gruźlicy otwartej w płucach powstaje zapalenie obwodowe; badanie płuc wykrywające ognisko, nieraz znaczne nacieczenia i współcześnie obecność laseczników Kocha w plwocinach przemawiało by za złowróżbnem zapaleniem płuc gruźliczem; taka sprawa może jednak skończyć się zupełnie pomyślnie.

W następnym rozdziale autorzy rozpatrują inne postaci gruźlicy pozapłucnej: kostnej, gruczołowej; gruźlicy otrzewnej i narządów jamy brzusznej.

III-cia część książki zajmuje się leczeniem gruźlicy dziecięcej. Bardzo dokładnie podane są metody leczenia tuberkuliną.

Książka wydana wykwintnie, tekst jest poparty dużą ilością czysto odbitych rentgenogramów. Jest to doskonały podręcznik gruźlicy dziecięcej.

Dr. A. Margolisowa (Łódź).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Neurologja Polska, Tom X. zeszyt II z r. 1927: J. Koelichen i S. K. Pieńkowski: Sześć przypadków guzów mózgu o nikłych objawach ogniskowych lub ogólnych. — J. Nelken: Przypadek gruźlicy ogólnej z ostro zapoczątkowaną psychozą Korsakowa niewyjaśnionego pochodzenia. — J. Morawiecka: Przypadek choroby Basedowa z twardziną skóry i zmięknieniem kości. — Cz. Bogusławski: Ropne zapalenie opłucnej z przejściem sprawy zapalnej do kanału kręgowego.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 24 z 12 czerwca 1927: St. Ruebenbauer: Kontrola i analiza mleka w Polsce. — IV. Kongres międzynarodowy medycyny i farmacji wojskowej w Warszawie (dok.). — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne, rok VIII, zeszyt 3, z marca 1927. J. Dudziński: Nawykowe wady postawy u dzieci i młodzieży (dok.). — B. Tucholska: Kilka słów o metodzie E. Björksten. — T. Biernakiewicz: O udział młodzieży szkolnej w towarzystwach i klubach sportowych. — St. Kopczyński: Stan wychowania fizycznego w szkołach średnich i Seminarjach nauczycielskich (dok.). — J. Baran: Biegi na przełaj.

Wychowanie fizyczne, rok VIII, zeszyt 5, z maja 1927: T. Pracki: Stan higieniczno-sanitarny szkół powsz. pow. Sando-

mierskiego 1923/24 (dok.). — W. Sikorski: Możliwości zastosowania metody N. Bukha w szkole i armji polskiej. — Ł. J.: Krótki szkic głównych zasad techniki wioślarskiej na wiosła długie.

Chirurgja kliniczna. Tom I, zeszyt I, z r. 1927: St. Nowicki: O patogenezie zakaźnego zapalenia kości. — J. Glatzel: Chorobowy skręt esicy. — J. Jasieński: O bakterjofagji.

Gruźlica, Rocznik II, Nr. 3, z maja 1927: W. Orłowski: Sanokryzyna w gruźlicy płuc w świetle spostrzeżeń autorów polskich. — K. Dąbrowski i S. Wąsowicz: Dotychczasowe wyniki w leczeniu gruźlicy tiosiarczanem złota i sodu (sanokryzyna). — Z. Szczepański: Leczenie gruźlicy płuc sanokryzyną i aurosanem. — S. Sterling Okuniewski: Badania nad wpływem układu wegetatywnego na przebieg doświadczalnego zakażenia gruźliczego. — E. Wasilewska: W sprawie metodyki „wzbogacenia" plwocin w laseczniki gruźlicze.

Rocznik psychiatryczny, Zeszyt VI: E. Załęski: Zagadnienia dziedziczenia nabytych własności w hodowli roślin. — J. Morawski: Badania nad dziedzicznością w patologji ludzkej. — St. Borowiecki: Stan obecny nauki o dziedziczności w psychiatrji. — B. Siwiński: Porażenie postępujące a dziedziczność w Polsce. — J. Bednarz: Obecny stan opieki lekarskiej nad psychicznie chorymi. — St. Deresz: Opieka nad umysłowo chorymi a społeczeństwo polskie. L. Zarzycki: O postępowaniu detencyjnem i kuratelarnem nad umysłowo chorymi w Polsce. — H. Jankowska: Przypadek psychozy urojeniowej w przebiegu parkinzonizmu pośpiączkowego. — Wł. Kamiński: Badania nad pamięcią szeregu postrzeżeń. — J. Handelsman i W. Bobrowska: Znaczenie rozpoznawcze badania uwagi w chorobach psychicznych. — M. Bornsztejn: Nowy przyczynek do t. zw. „schizothymia reactiva". — R. Dreszer: Metoda szybkiego barwienia gleja.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. (Monachium, J. F. Lehmann). 1927. Czerwiec.

1) Finkelstein i Huber: Wysiękowe nie-ropne zapalenie opłucnej u dzieci. — 2) Prof. Kleinschmidt: Rozpoznanie różniczkowe chorób jamy brzusznej u dzieci. — 3) Prof. Husler: Kilka zagadnień z codziennej praktyki lekarskiej u dzieci.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časop. lék. česk.

R. LXVI. l. 23—24.

Dr. Václav Antonin (I. Klin. chirurg. w Pradze) *Przyczynek do terapji zwichnięć górnych kręgów szyjnych.* Na I. klinikę chirurg. w Pradze został 27 stycznia b. r. przyjęty 15 letni chory, który w listopadzie zeszłego roku uległ urazowi. Żelazne wrota padły mu na kark. Klinicznie i roentgenologicznie stwierdzono *luxatio atlantis ventralis.* Śladów złamania kręgów nie można było z całą pewnością wykazać. Podług mechanizmu jednak i sposobu zwichnięcia, oraz obrazu klinicznego można było przypuszczać odłamanie *dentis epistrophei.* Badaniem neurologicznem stwierdzono niewątpliwie objawy ucisku rdzeniowego. 20. lutego b. r. chory upadł nagle w sieni, stracił przytomność i był asfiktyczny. Od tego dnia *quadruplegia spastica.* Anatomiczny charakter zwichnięcia i objawy uciskowe rdzenia zmuszały do zabiegu uwalniającego rdzeń od ucisku, który w tym przypadku dał się uskutecznić usunięciem łuków I kręgu szyjnego. Toteż 23. II. 1927 wykonano zabieg. Po operacji chory czuł się dobrze przez 4 godziny, a potem nagle ustało oddychanie a chory umiera za kilka godzin mimo sztucznego oddychania wśród objawów rosnącego ucisku rdzenia przedłużonego. Sekcja przypadku nie zdołała wyjaśnić.

Doc. Dr. J. Diviš i Dr. P. Slanina (II. klin. Chirurg. w Pradze): *Przyczynek do kombinowanej terapji chirurgiczno-internistycznej przy atrophia hepatis flava subacuta.* Podostra forma żółtego zaniku wątroby stanowi wdzięczne pole dla działalności chirurga o tyle, że można drenażem *ductus hepatici* i czasowem zupełnem odprowadzeniem żółci na zewnątrz przerwać błędne koło, jakie powstaje w obiegu wątrobowym przy tej chorobie. Pierwotne zaburzenie komórek wątrobowych spowodowane infekcją lub intoksykacją (najczęściej ptomainami z zepsutego mięsa), wywołuje zaburzenie w antytoksycznej działalności wątroby (Bouchard) i w ten sposób przyspiesza martwicę komórek wątrobowych. Produkty powstające z rozpadu tkanki wątrobowej wchłaniają się w jelicie i obiegiem żyły wrotnej dostają się z powrotem do wątroby. W ten sposób zamyka się koło błędne. Drenaż *ductus hepatici* sprawia ulgę najdelikatniejszym przewodom żółciowym, pozbawia wątrobę produktów toksycznych i nie pozwala na wchłanianie tychże w jelicie. W przypadku obserwowanym przez autorów chodzi o 17-letniego chłopca dotkniętego *atrophia hepatis flava subacuta* po spożyciu zepsutego mięsa. Leczenie internistyczne nie pomogło i dlatego wykonano drenaż *ductus hepatici* i całą żółć odprowadzono na zewnątrz. Żółtaczka znikła, a ogólny stan się polepszył, lecz nastała *acholia,* którą usunięto później, w ten sposób, że część żółci wprowadzono z powrotem do żołądka. Prócz tego pomogło się regeneracji wątroby przez wstrzykiwanie glukozy i insuliny. W ten sposób wyleczono pacjenta w zupełności i dziś — dwa lata po operacji czuje się zupełnie zdrowym i zdolnym do pracy.

Dr. Fr. Hromadka: *Przyczynek do oceny normalnego ciśnienia krwi u żołnierzy. Praca statystyczna.* Przeprowadzono zmierzenie ciśnienia krwi u 1070 żołnierzy aparatem (tensiophon) Vaquez-Laubry i stwierdzono jako najczęściej występujące wartości maksymalnego ciśnienia 120—140, minimalnego 60—90, tętna 70—80. Autor zwraca uwagę na dosyć wielką ilość żołnierzy z wartościami maksymalnego ciśnienia 95 i 195. Żaden z żołnierzy tych nie wykazuje patologicznych zmian w organach, a tylko nieznaczna ich część z hypertensją ma powiększony gruczoł tarczykowy, mały zaś odsetek ma objawy miernej neurasthenii. Etjologja tych hipo- i hipertonicznych stanów jest niejasna; możliwe jest, że w niektórych przypadkach chodzi o nabytą lub odziedziczoną anomalję konstytucjonalną.

Dr. Hromadko: *Cukier we krwi i praca mięśniowa.* Autor, wykonując cały szereg doświadczeń, dochodzi do następujących wyników:

1. Po pracy mięśniowej zachowuje się poziom cukru we krwi u zdrowych według wielkości zużytej energji i zapasów glykogenu.

2. Przy dostatecznych zapasach glykogenu nastaje bezpośrednio po skończeniu pracy przemijające podwyższenie, a wkrótce potem obniżenie cukru we krwi. Po kilku minutach znowu się miernie podwyższa ilość cukru. A zatem 3 fazy. Przy niedostatecznych zapasach glykogenu można na krzywce zauważyć tylko 2-gą i 3-cią fazę.

3. Przy zużyciu równej ilości energji jest zwyższenie cukru w 1 fazie powodowane dostatecznym zapasem glykogenu. Obniżenie cukru bezpośrednio po wykonaniu pracy (brak 1 fazy) świadczy o niedostatecznym zapasie glykogenu.

4. Zwyższenie lub obniżenie cukru po pracy mają wartość pomocniczą dla osądzenia zdatności danego organizmu do pracy fizycznej.

5. Wyczerpująca praca fizyczna obniża zdolność asymilacyjną organizmu dla glukozy.

6. Zachowanie się cukru we krwi łyżwiarzy podczas zawodów jest podobne jak u ludzi, u których wykonano doświadczenia i należy je w tenże sposób interpretować.

Camille Lian (Prof. à la faculté de Médecine de Paris): *Des Angines de poitrine avec fièvre.* Podczas studjów nad infarktem mięśnia sercowego obserwował autor u tych chorych *angina pectoris* z gorączką i dochodzi do następujących rezultatów:

1. Przy *angina pectoris* gorączka nie jest wcale rzadkim objawem i to nawet wtedy, kiedy chory nie jest obserwowany z powodu procesu infekcyjnego z lokalizacją w sercu.

2. Z tą okolicznością spotykamy się głównie w dwóch stanach:

a) przy tych klinicznych jednostkach, które autor nazwał *l'état de mal cardio-gastro-angineux* a które wiodą nas do rozpoznania infarktu mięśnia sercowego;

b) jeżeli *crisis anginosa,* wywołana zmęczeniem, jest ostra i trwa parę godzin oraz ma tendencję do powtarzania się w dniach następnych w takiem nasileniu, że przykuwa chorego do łóżka.

W tych dwu stanach ciepłota podwyższa się do 38° C, a wyjątkowo do 39°, by po 3—4 dniach zniknąć. Ta ciepłota nie jest wynikiem zaburzeń sympatycznych powstających przy każdym ataku. W przypadkach infarktu mięśnia sercowego jest uwarunkowana obcem białkiem, które z infarktu dostało się do obiegu krwionośnego. Ponieważ jednak gorączka przy *angina pectoris* występuje częściej, niż *infarctus myocardii,* sądził autor, że jest ona wyrazem *arteritis acutae coronariae.*

Doc. Dr. Zahradnicky: *O rozpoznaniu i leczeniu kiły żołądka.* Diagnoza kiły żołądka jest bardzo trudna i trzeba cały szereg badań wykonać, by ją z jakąś pewnością stwierdzić. Muszą być wykazane następujące objawy: stała *anaciditas* przy charakte-

rze wrzodowym choroby żołądka, brak bakterji kwasu mlekowego mimo obecności kwasu mlekowego, radjologiczne rozpoznanie mnogich wrzodów w górnej połowie żołądka, oraz zwężeń jelita cienkiego wysoko osadzonych, zmiany specyficzne na wątrobie i śledzionie, niestosunkowo długie trwanie choroby o obrazie klinicznym rakowym, remisje po leczeniu swoistem dające się stwierdzić radjologicznie, wykazanie *lues* i wynik operacji oraz histologiczne badania części nowotworowych. Za najlepsze leczenie uważa autor leczenie specyficzne kombinowane (jod, rtęć i arsen). Podług Loepera salwarsan należy podawać domięśniowo dla uniknięcia krwawień żołądka. Gdzie zaś nastaje *stenosis pylori* czyto na tle hipertrofji czy też zbliznowacenia poleca autor operację t. j. *resectio ventriculi*. W końcu podaje statystykę terapji, z której wynika, że najmniej niebezpieczną a najlepszą w działaniu jest specyficzna.

R. LXVI l. 22.

Dr. Müllerová: *Nowa metoda leczenia tlenem in statu nascendi*. Metoda leczenia tlenem *in statu nascendi* została wprowadzona w medycynie przed 20-tu laty. Ponieważ jednak używano nieczystego tlenu, wyniki nie były zachęcające. Obecnie opracowali te metodę Dr. Mary i inż. Tabarly w sposób zupełnie bezpieczny. Polega ona na rozkładzie hiperoxydów przy pomocy tabletek zawierających tlenki ziem alkalicznych. Aparat pod nazwą Salvoxyl jest tak sporządzony, że można z niego uzyskać tlen *in statu nascendi* i zużyć go do inhalacji lub do wstrzyknięć podskórnych. Indykacje dla tej metody leczenia: *tuberculosis, emphysema, bronchopneumonia,* choroby sercowe, *albuminuria, uraemia, anaemia, neurasthenia; Tussis convulsiva* da się zupełnie wyleczyć po 6—8 injekcjach tlenu Salvoxyl. Kontraindykacje nie istnieją.

R. LXVI l. 21, 22.

Doc. Dr. I. Diviš: *O wynikach extrapleuralnej thorakoplastyki przy gruźlicy płuc na podstawie przypadków operowanych na II. Klinice chirurg. w Pradze*. Na II. klin. chirurg. w Pradze wykonano do końca r. 1926 thorakoplastykę 17 razy z powodu gruźlicy płuc. Były to po największej części przypadki posuniętej daleko *phtisis*, leczonej przez szereg miesięcy i lat sposobami higieniczno-djetetycznemi. U wielu z nich zakładano odmę piersiową jednakowoż bez pomyślnego rezultatu. Szereg chorych miał kawerny. Wyniki thorakoplastyki wykonanej metodą Sauerbrucha były następujące: w 11 przypadkach (64.5%) osiągnięto wyleczenie lub polepszenie, a mianowicie 4 chorych wróciło do dawnej pracy i są klinicznie zdrowi (brak gorączki, plwocin, brak prątków Koch'a), a u 7 chorych nastało polepszenie stanu, spadła bowiem gorączka, przyrost na wadze i brak *sputum* polepszenie to stwierdzają. W 6-ciu przypadkach nastał *exitus* (35.2%) i to: 1 wskutek samego zabiegu 16 dni po operacji, 5-ciu po dłuższym czasie wskutek postępowania procesu gruźliczego po stronie nieoperowanej płuc. Wyniki te wyprzedzają najlepszą dotychczas statystykę thorakoplastyki Alexandra.

Dr. Gangel.

Piśmiennictwo francuskie.

Revue Française de Gynécologie et d'Obstetrique.

Nr. 9, 1926.

S. Odagesco: *Wyniki wyczekującego postępowania w czasie porodu w przypadkach ścieśnienia miednicy*. Praca z kliniki prof. Brindeau streszcza się w następujących wnioskach. W 70% ścieśnienia miednicy poród odbywa się siłami natury. Zapobiegawcze cięcie cesarskie często okazuje się zbędnem .Wśród pewnych wskazań i warunków staje się nieraz koniecznością rozszerzenie kanału kostnego. Cięcie cesarskie w dolnym odcinku jest metodą wyboru, nawet w przypadkach niezupełnie czystych. Osoby rozwiązane za pomocą cięcia cesarskiego w razie ponownej ciąży winny się znajdować w zakładzie położniczym pod opieką lekarską.

Nr. 10.

I. L. Audebert i P. Daléas: *Suggestja w leczeniu wymiotów ciążowych.*

J. Audérodias: *O zastosowaniu nożyczek Adamo-Fieux w przypadkach poprzecznych zaniedbanych położeń płodu w celu odcięcia główki.*

Pellissier: *Porody bezbolesne za pomocą hemypnalu stosowanego w injekcjach.*

Nr. 11.

R. Condamin: *Zmiany chorobowe w zatoce Douglasa.*

Nr. 12.

M. Spinelli: *Wskazania i przeciwwskazania do leczenia włókniaków macicy energją promieniotwórczą*. Leczenie energią promieniotwórczą jest obecnie metodą wyboru. Jako przeciwwskazania uwzględnić należy: włókniak i ciąża, zmiany wsteczne we włókniakach, włókniaki podotrzewnowe, podśluzowe, zmiany zapalne przydatków, wyrostka robaczkowego, włókniaki olbrzymie, wywołujące bóle i zaburzenia w krążeniu, wreszcie niepewne rozpoznanie kliniczne.

Dr. St. M. (Lwów).

Piśmiennictwo angielskie.

Archives of Internal Medicin.

V. 39, Nr. 1, 1927.

Kenneth B., Turner Paul, O. White (Boston): *Serce i tętnica główna we wczesnym okresie kiły*. Na podstawie 50 przypadków wczesnej kiły zebranych w Szpitalu powszechnym w Massachusetts wynika, że niezdołano wykazać żadnem badaniem jakiegokolwiek schorzenia serca, czy też tętnicy głównej. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że przypadki kiłowych schorzeń aparatu sercowo naczyniowego są rzadkie we wczesnym okresie kiły.

W. F. Petersen i Abr. F. Lash (Chicago): *O zmianach w przepuszczalności naczyń włosowatych skóry podczas ciąży i połogu*. Wskaźnik przepuszczalności naczyń włos. skóry w ciąży wynosi około 70.5. W połogu jest wyższy, bo wynosi 73.6. Zwiększenie tej przepuszczalności stwierdzili prócz tego w psychozach, w poronieniu, w rzucawce macierzyńskiej i w *sepsis*. W hipertonji i w zapaleniu nerek wskaźnik zachowywał się rozmaicie.

W. Petersen (Chicago): *O przepuszczalności naczyń włos. skóry w rozmaitych stanach chorobowych*. Maksimum przepuszczalności stwierdzano przy stanach zapalnych skóry *(dermatitis)*. W dekompensacji również wskaźnik jest duży, podobnie i przy kłębuszkowem zapaleniu nerek. Tak samo można było wykazać to przy ostrych infekcjach i wrzodzie żołądka. Obniżenie stwierdzano przy przewlekłych schorzeniach nerek (nerka marska) a niekiedy w gruźlicy. Przy wolu wskaźnik zachowuje się zmiennie.

Henry J. John (Cleveland): *Cukrzyca. (Studjum statystyczne na podstawie 1000 przypadków)*. W tej liczbie przypadków osobników męskich i żeńskich spotkano w ilościach równych. Znaczna część tego schorzenia dotyczyła osobników we wieku między 60 a 70 r. życia. Odsetki dającej się stwierdzić kiły wynosiły 4 6%, tylko w wywiadach rodzinnych 5.1%. Najwyższy poziom cukru przy przyjęciu wynosił 908 mg. na 100 ccm. Dotyczyło to jednego mężczyzny w sile wieku, który poprawił się dostatecznie, tak, że mógł pracować. Poziom cukru we krwi 310 mg. spotykano bez objawów cukromoczu. Ogólne zapatrywanie, że insulina raz użyta powinna być stosowaną w ciągu dalszym okazuje się błędną, albowiem spotkano dosyć przypadków, gdzie po odstawieniu insuliny, cukrzyca się poprawiała.

Śmiertelność w 35 przypadkach zabiegów operacyjnych u cukrzycowych wynosiła 20%. Pominąwszy 4 przypadki stracone wskutek *sepsis*, które dostały się do zabiegu chirurgicznego lub też cukrzyce powikłane rakiem śmiertelność wynosiła 8.5%.

Odczyny spotykane po leczeniu insuliną nie stały w związku z hipoglykemją w 50% przypadków; stwierdzano nawet przeciwnie hiperglykemję.

Na 29 przypadków *coma diab.*, połowa zmarła, a druga połowa pozostała przy życiu.

Poziom cukru przy *coma* wahał się w granicach od 200 do 810 mg%, a aceton od 0—3 plus.

Will. C. Boeck (Boston): *Lamblia intestinalis u człowieka*. Infekcja zdarza się częściej u dzieci aniżeli u starszych. Następstwem takiej infekcji bywają uporczywe biegunki u dzieci, lub też biegunki naprzemian z zaparciem stolca u starszych. Co się tyczy znaczenia tego pasorzytu dla schorzeń woreczka żółciowego, to należy pamiętać o tem, że tylko raz udało się stwierdzić obecność pasorzyta w woreczku żółciowym, przy jego operacyjnem wycięciu. Z drugiej zaś strony schorzenia wor. żółciowego u dzieci są tak niezwykle rzadkie, a infekcje tym pasorzytem są tak częste, że *lamblia int.* nie może być uważaną w tym względzie za czynnik chorobotwórczy. Podobnie też brak na to dowodów, ażeby *lamblia int.* miała wywołać *arthritis deformans,* neurasthenię, jak to przypuszcza Barrów.

Walt. Lincoln Palmer (Chicago): *Mechanizm bólu we wrzodzie żołądka i dwunastnicy*. Wrzód trawienny z prawdziwą achlorhydrją zdarza się rzadko, a w tym wypadku mechanizm bólu pozostaje nieznany.

Natomiast przy wrzodach żołądka z nadkwaśnością ból pozostaje w związku z drażnieniem kw. solnym, który uczula aparat czuciowy i motoryczny żołądka. Przy braku wrzodu i w ogóle organicznego uszkodzenia błony śluzowej żołądka czy dwunastnicy, nie wywołuje hiperchlorchydrja bólów.

J. J. Shurgrue, Reed Rockwood, E. W. Anderson (Rochester Minn.): *Łamliwość kości i głuchota.* W 4 przypadkach zwiększonej łamliwości kości i głuchoty w 2 dało się wykazać obciążenie dziedziczne, natomiast w reszcie pozostały brak tej korrelacji. Schorzenie to jest dość rzadkie. W jednym przypadku występowanie jego postępowało w myśl praw Mendla.

Dickinson W. Richards, Alvin F. Coburn (Nowy Jork): *Graficzna metoda oznaczania djety.* Przedstawia tabelę na podstawie której można ułożyć djetę białkową, węglowodanową i tłuszczową bez specjalnych obliczeń.

Z. Tomanek (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Choroby kobiece i położnictwo.

Zentralblatt f. Gynäkologie

1926. Nr. 50.

Ol. E. Scheyer: *Znaczenie laseczników pneumonji Friedländera w wywoływaniu schorzeń ginekologicznych.* Po wyszczególnieniu własności biologicznych i morfologicznych wyżej wspomnianego prątka, autor opisuje ciekawy przypadek schorzenia obustronnych przydatków *(pyosalpinx)* wywołanego właśnie przez *bacillus pneumoniae.* Przypadek dotyczy osoby 62 letniej u której z powodu podejrzenia na nowotwór złośliwy macicy autor wykonał wycięcie próbne z ujścia zewnętrznego macicy i skrobankę jamy macicy. W następstwie tego zabiegu przyszło do zaostrzenia starej sprawy i pęknięcia starego ropnia jajowodu prawego. Śmierć nastąpiła wskutek ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej. Laparatomja nie uratowała chorej. Sekcja nie wykazała nowotworu lecz obustronne ropnie jajowodów i ropne zapalenie otrzewnej w następstwie pęknięcia jajowodu prawego. Posiewy z ropy pobranej z jamy otrzewnowej i nie pękniętego ropnia lewego jajowodu wykazały obecność *bacillus pneumoniae.* Zdaniem autora schorzenie jajowodów było wywołane przez powyższy prątek. Pacjentka cierpiała od 25-ciu lat na *Rhinitis atrophicans foetida* (Ozaena), prątki połykane dostawały się do przewodu pokarmowego a wydalone z niego przez anus — dostawały się do pochwy i przez macicę do jajowodów.

Dr. K. Heim: *O ćwiczeniach fizycznych kobiety.* Autor udowadnia że jazda konna na męskiem siodle absolutnie zdrowej kobiecie nie szkodzi.

Dr. Robert Joachimovits: *Przypadek infekcji ospowej na sromie u nieszczepionego dziecka.* Przyp. infekcji ospowej na sromie u osób szczepionych nie są bynajmniej rzadkie. Rzadkością jest jednak ta infekcja u osób nieszczepionych. Przypadek powyższy dotyczył 3-ch letniej dziewczynki u której stwierdzono symetryczne owrzodzenie na wewnętrznej powierzchni warg dużych poniżej cewki moczowej. Owrzodzenia wielkości ziaren kawy — nerkowate, o brzegach wyniosłych barwy perłowej — dno szarożółte o matowym połysku. Dolegliwości nie wywoływało prócz świądu. Gruczoły pachwinowe obustronnie powiększone, bolesne.

Nietypowy wygląd tz. brak pęcherzyka, względnie zaschnięcie pod postacią strupka nie przemawiał w kierunku ujemnym — gdyż znane są w literaturze podobne objawy infekcji ospowej. Wywiady zasięgnięte u matki dziecka potwierdziły rozpoznanie. Okazało się bowiem, że starsze dziecko przechodziło silną reakcję z powodu szczepienia ospowego. Młodsze zaraziło się, gdyż oboje dzieci spały razem.

Dr. Ernst A. Koch: *O krwotokach poporodowych wywołanych przez zatrzymane skrzepy krwi.* Autor uważa za obowiązek zwrócenie uwagi praktykom na nieczęstą przyczynę krwotoków w III-cim okresie porodowym, a tą są skrzepy krwi zamykające ujście wewnętrzne względnie trzymające się ścian macicy. Luka w podręcznikach co do postępowania w takich przypadkach, tem bardziej, że często przyczyny dopatrujemy się mylnie w atonii mięśnia macicznego, skłania autora do dokładnego opisu swego przypadku. Mimo wyczerpania wszelkich środków stosowanych w razie krwotoku w 3-cim okresie porodowym: jak odprowadzenie moczu, masaż macicy, wyciśnięcie skrzepów, lodu, wstrzyknięcie ergotyny i t. d.

Macica w przypadku autora wciąż wypełniała się skrzepami krwi. Nawet injekcja dożylna pituglandolu nie osiągnęła skutku. Wobec groźnego stanu położnicy autor zdecydował się na ręczne stwierdzenie przyczyny krwotoku, *(przedtem oglądnięte łożysko nie wykazywało ubytku),* przyczem nie stwierdził żadnego pęknięcia, jako możliwego źródła krwotoku. Natomiast w szyji i na tylnej ścianie macicy utwierdzone skrzepy krwi. Po ich usunięciu krwotok natychmiast ustał, a macica doskonale się skurczyła. Cardiaca wnet poprawiły ogólny stan. Przyczyny krwotoku w razie gromadzenia się skrzepów w jamie macicy należy dopatrywać się w niemożliwości kurczenia się z tego powodu mięśnia macicznego.

Prof. Logothetopulos (Ateny): *O niezawodnej metodzie tamowania krwotoków przy pochwowych i brzusznych operacjach ginekologicznych.*

Nie ulega wątpliwości, że tampon (worek) Mikulicza zakładany od strony jamy brzusznej do miednicy małej w razie krwotoków po operacjach ginekologicznych ma ujemne strony. Są niemi gojenie się rany brzusznej *per secundam* i powstawanie przepuklin w bliźnie pooperacyjnej. Ażeby tego uniknąć autor zaleca zakładanie podobnego tamponu, który powinien być przygotowany przed operacją, od strony jamy brzusznej przez pochwę na zewnątrz. Przeprowadza go przez pochwę sondą Amanna lub Franza. Końce znajdujące się przed pochwą pociąga asystent niebiorący udziału w operacji do tego stopnia, aż największa pojemność tamponu wypełni szczelnie miednicę małą. Następnie na część tamponu znajdującą się przed szparą sromową nakłada krążek Brauna i zsuwa go mocno aż do sromu, równocześnie pociągając za zewnętrzne końce tamponu. W celu uniemożliwienia zsunięcia się krążka zamyka przed nim klemę. Tamponowanie tym sposobem jest tak pewne i szczelne — że nawet nie podwiązując tętnicy macicznej — umiemy zupełnie krwotok zatamować. Po 24-ech godzinach usuwamy krążek, po 3-ch dniach gazę wewnątrz tamponu się znajdującą, a 5-ego dnia zewnętrzną część tamponu. Po usunięciu macicy *per vaginam* i w razie krwotoków następowych pooperacyjnych tampon wprowadzamy od strony pochwy.

J. Werhoff: *Jak się zachowywać w III. okresie porodowym.* Autor w obszernym artykule objaśnia stosunki ciśnienia wśródbrzusznego i tłoczni brzusznej macicy w pozycji leżącej i siedzącej. Na podstawie tych wywodów zaleca odbycie III-ego okresu porodowego w pozycji siedzącej w odpowiedniem ułożeniu na łóżku porodowem — (pozycja używana przy defekacji). Kończyny dolne zgięte w stawie kolanowym — poniżej kolan objęte rękoma. 308 przypadków, w których rodzące w powyższy sposób odbyły III-ci okres porodowy — dowodzą słuszności wywodów autora. III-ci okres bezwzględnie się skraca, łożysko odchodzi samo, względnie rodząca partemi bólami wydala, utrata krwi minimalna.

Dr. M. Seidler.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

I. Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Waszawie 26—29 maja 1927 roku.

Sprawozdanie.

I.

W Zjeździe brało udział lekarzy i ich rodzin:

z Bułgarji 15, z Czechosłowacji 68, i Jugosławji 40, polaków było 338 osób, i 2 lekarzy polaków z Ameryki Prof. Fronczak i Dr. Ostrowski, oraz z Łotwy kol. Rodziewicz. Po uprzedniem wzajemnem poznaniu się uczestników w przeddzień, uroczyste otwarcie Zjazdu odbyło się w Auli Uniwersyteckiej dn. 26. maja o godz. 10 rano w obecności p. Prezydenta Rzeczypospolitej.

Na sali obecni byli pan marszałek Senatu Trąpczyński, wiceprezydent ministrów prof. Kazimierz Bartel, pan minister Spraw Zagranicznych August Zaleski, pan minister Spraw Wewnetrznych Sławoj Składkowski, pan minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Gustaw Dobrucki, członkowie korpusu dyplomatycznego: pan minister Czechosłowacji Girsa, pani minister pełnomocny bułgarski Vladimir Robeff i pan Prodanowitsch chargé d'affaire Jugosławji, przedstawiciel misji francuskiej Dr. Med. major Baron, pan prezydent miasta Jabłoński, szef departamentu sanitarnego Min. Spraw Wojskowych gen. bryg. Stanisław Rouppert, gen. dyr. służby zdrowia Dr. Piestrzyński, Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Dr. Hryniewicki, dziekan wydz. lek. prof. Jerzy Modrakowski. Na katedrę wszedł przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, członek wszystkich komitetów począwszy od 1900 r. b. rektor uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie profesor Gluziński i zaprosił do stołu prezydjalnego jako honorowych przewodniczących prof. Kiroffa, Iwkowića, profesora Iraska, profesora Kimmla, profesora Syllabę, Ostrowskiego, prof. Veselego, prof. Ciechanowskiego, profes. Matiuszenkę, prof. Redlicha, Dra Wachnianina, prof. Caćkowica, Członkowie Komi-

tetu Organizacyjnego zajęli miejsca w drugim rzędzie. Pierwszy przemówił prof. Gluziński, który przedstawił historję powstania zjazdów słowiańskich, i powstanie związku słowiańskiego, który ma na celu:

a) Urządzanie wszechsłowiańskich zjazdów lekarskich, które będą się zajmować zagadnieniami naukowemi, zawodowemi i zdrowotności publicznej.

b) Wzajemne odwiedzanie krajów słowiańskich przez poszczególne organizacje lekarskie.

c) Wydawanie organu prasowego celem ogłaszania prac naukowych, referatów, rozpraw i t. d. lekarzy słowiańskich.

d) Udział profesorów i lektorów gości na słowiańskich wydziałach lekarskich.

e) Propagowanie prac lekarzy słowiańskich i zdobyczy śród świata lekarskiego niesłowiańskiego.

W związku z przeszłością prof. Gluziński oddał cześć pamięci zmarłych członków, którzy byli inicjatorami idei zjazdów słowiańskich ze ś. p. prof. Wicherkiewiczem na czele wymienił członków dawnego Komitetu, którzy przybyli obecnie na zjazd, mianowicie: prof. Cackowica z Zagrzebia, prof. Ciechanowskiego z Krakowa, Dr. Jelowszka, prof. Kimmla i prof. Veselyego z Pragi, Dra Wachnianina ze Lwowa. Następnie zwrócił się prof. Gluziński z podziękowaniem do delegatów z Ameryki kolegów: Frenczaka z Buffalo i Ostrowskiego z Chicago, którzy nie szczędzili trudów, aby się stawić na przesłane zaproszenie, oraz zakończył swe przemówienie życzeniem: Quod felix, faustum fortunatumque sit.

W imieniu Rządu przemawiał p. minister A u g u s t Z a l e s k i, który życzył zjazdowi powodzenia w pracy i podniósł znaczenie zbliżenia się narodów na polu naukowem.

Pan Prezydent miasta Warszawy Wł. J a b ł o ń s k i wita zajzd i składa życzenia owocnej pracy.

Jego Magnificencja Rektor Dr. H r y n i e w i e c k i przedstawił w swem przemówieniu historję uniwersytetu waszawskiego. W gmachu uniwersytetu była szkoła wojskowa, w której kształcili się rycerze, między innemi ze szkoły tej wyszedł bohater narodowy Tadeusz Kościuszko. Następnie p. rektor wyjaśnił, co oznaczają dwa wiszące portrety: jeden jest portretem rektora Szweykowskiego, ostatniego rektora przed rewolucją 1830 r.; drugi zaś przedstawia rektora szkoły głównej Mianowskiego, który był rektorem w latach 1862—1869; w roku tym Rosjanie zamknęli Szkołę Główną i utworzyli cesarski uniwersytet. O pierwszych latach uniwersytetu polskiego mówi wmurowana tablica z nazwiskami tych studentów, którzy w latach 1918—1920 pozostawili wszystko, aby pójść bronić zagrożonego bytu Ojczyzny i złożyć jej w ofierze swoje młode życie. Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. J a n B ą c z k i e w i c z powitał Zjazd w imieniu lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej. W swem przemówieniu Bączkiewicz rzekł na zakończenie: „Oby genjusz Wasz w tych wspólnych naradach dał najświetniejsze wyniki dla sprawy zbliżenia lekarzy i przyczynił się do zbliżenia narodów. Niech dłonie nasze braterskie splotą się w serdeczny wieniec dążeń współpracy na polu medycyny słowiańskiej, niech ta praca stanowi jeden z kamieni węgielnych pod budowę gmachu przeznaczeń dziejowych narodów słowiańskich".

Przemówienia gości zagranicznych rozpoczął prof. K i r o f f z Bułgarji w imieniu lekarzy bułgarskich, nawiązał on je do przeszłości, zaznaczając, że nigdy nie było starć pomiędzy Polakami i Bułgarami. Bułgarzy czują głęboką wdzięczność i cześć dla Króla Polskiego Władysława Warneńczyka. Pamięć o tym Królu żyje śród Bułgarów do tej pory. Prof. Kiroff podnosi znaczenie jakie ma dla narodów słowiańskich ten I. Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich. Składa podziękowanie Komitetowi Organizacyjnemu za podjętą pracę. Kończy słowami *„Niech żyje Polska"*.

W imieniu lekarzy z Czechosłowacji przemawiał prof. S y l l a b a. Prof. Syllaba składa życzenia w imieniu organizacji lekarzy czeskich i słowackich i zaznacza, że już od czasu czeskiego przebudzenia narodowego powstała u nich myśl współpracy wszystkich słowian. Wyraża więc radość, że myśl ta została urzeczywistnioną w tym I ogólnym Zjeździe Lekarskiem i składa Zjazdowi życzenia i powodzenia w pracy.

Dr. I w k o w i c w imieniu lekarzy z Jugosławji składa podziękowanie przewodniczącemu i wszystkim członkom Komitetu Organizacyjnego za podjęcie pracy w Warszawie nad wielką ideą zbliżenia narodów słowiańskich, nad utworzeniem wzajemności na polu naukowem, kulturalnem i społecznem.. Idea ta już żyje śród słowian blisko 30 lat. Ś. p. prof. Wicherkiewicz był tym pierwszym przewodniczącym Komitetu Słowiańskiego. Ideę tę jak jakąś świętość po zmarłych przechowali członkowie b. Komitetu i przekazali ją innym. Wojna przerwała pracę, ale pomimo, że była bardzo krwawą i niszczyła wszystko, nie zdołała zniszczyć pierwiastku ideowego.

Ivkovic nawołuje, aby wszyscy razem i każdy oddzielnie pracowali nad udoskonaleniem pokojowo usposobionego genjuszu słowiańskiego, który niesie w świat pokój i miłość. Tylko w pokoju i miłości rozwija się rzeczywisty postęp i prawdziwa kultura ducha i ciała. Duch słowiański wielki, wielcy jego bohaterowie. Dali oni wielkie idee i za to im cześć. Mówca wierzy święcie, że wysiłki nad zbliżeniem lekarzy słowiańskich na polu naukowem i kulturalnem wpłyną na zbliżenie w innych dziedzinach życia. Ta praca pomimo przeszkód wyda owoce. Kończy prof. Ivkowic okrzykiem *„Niech żyje Polska, Niech żyje wielki naród Polski, Niech żyje zjednoczone duchem Słowiańśtwo"*.

Przedstawiciel emigrantów Rosjan prof. R e d l i c h powitał I Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich i złożył życzenia owocnej pracy. Pomimo, iż medycyna jako nauka jest międzynarodowa, jednak każdy naród wydał swoich wybitnych uczonych: Rosjanie: Mierzejewskiego, Botkina, Zacharina J. P. Pawłowa, Bechterewa. Polacy: Mierzejewskiego, Balińskiego, Wysokowicza, Gałęzowskiego, Babińskiego, Kadera, Mikulicza i innych. Charakter narodu odbija się w jego urządzeniach sanitarnych, a więc w Rosji rozwinęła się medycyna „ziemstw", w Niemczech — kasy chorych, w Anglji — lecznictwo zapobiegawcze, które od czasów Jennera i Listera daje najlepsze wyniki. Narody słowiańskie winny się połączyć razem w celach wspólnej walki z wrogami ludzkości — chorobami. Wspólnie walczyć łatwiej, niż oddzielnie. „Vivant Sloveni".

W imieniu Ukraińców przemawiał kol. W a c h n i a n i n ze Lwowa i składał życzenia owocnej pracy dla dobra wszystkich narodów Słowiańskich. Wachnianin wspomina, że już w 1911 r. pod przewodnictwem prof. Wicherkiewicza odbył się zjazd lekarzy słowiańskich. Myśl wzajemnego poznania się słowian, oraz krajów bratnich narodów słowiańskich, ich zdobyczy naukowych spotyka się z miłym oddźwiękiem ze strony lekarzy ukraińskich, gdyż praca ich mało widoczna będzie mogła być poznana.

Po tych przemówieniach zabierał ponownie głos prof. G l u z i ń s k i i przy ogólnej owacji ze strony uczestników Zjazdu ogłosił I. Ogólny Zjazd Lek. Słowiańskich za otwarty.

Po skończonem posiedzeniu uczestnicy Zjazdu udali się do Resursy Obywatelskiej na wspólne śniadanie, wydane przez Komitet Organizacyjny na cześć przyjezdnych uczestników Zjazdu. Mile przepędzono czas do godz. 3-ej po południu.

O godz. 3 m. 30 rozpoczęło się posiedzenie naukowe, w Auli Zakładu Fizjologji, na którem omawiano sprawę twardzieli *).

Wieczorem odbył się raut, wydany przez Zarząd m. st. Warszawy w Salach Rady Miejskiej, który przeciągnął się do późnej nocy.

Dnia 27 maja o godz. 9 rano odbyło się 2-e posiedzenie naukowe, na którem roztrząsano sprawę szczepień szkarlatynowych, poczem uczestnicy Zjazdu zwiedzili zakłady chemiczno farmaceutyczne firmy „Klawe", i Tow. Akc. L. Spiessa. Zagraniczni uczestnicy odzywali się o urządzeniach i produktach tych zakładów z pełnem uznaniem.

Po powrocie zwiedzano urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, przyczem udzielał wyjaśnień dyrektor p. inżynier Szenfeld. Wieczorem uczestnicy Zjazdu byli w Teatrze Wielkim na przedstawieniu Opery Moniuszki „Straszny Dwór" i „Wesene na wsi". Po teatrze poseł pełnomocny Czechosłowacji p. minister G i r s a podejmował w swoich apartamentach gości cudzoziemców, członków Komitetu Organizacyjnego i wybitnych przedstawicieli ciała lekarskiego.

Trzeci dzień Zjazdu poza posiedzeniami naukowemi poświęconemi omówieniu urządzeń sanitarnych na ziemiach słowiańskich przeznaczony był na zwiedzanie Instytutu Epidemjologicznego i Łazienek. Wieczorem pan minister Spraw Wewnętrznych podejmował gości bankietem w Kasynie Oficerskiem. Przemówienie na cześć gości słowian wygłosił p. minister Sławoj Składkowski.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego za gościnne przyjęcie podziękował panu ministrowi przewodniczący prof. G l u z i ń s k i.

Dnia 29 maja w niedzielę o godzinie 11 m. 15 w Auli Uniwersyteckiej odbyło się posiedzenie uroczyste zamknięcia Zjazdu.

Do prezydjum honorowego zaproszono prof. Syllabę, prof. Weselego, Kiroffa, Kimla, Cackowica, Wachnianina, Iraska, Iwkowica, Russa, Matiuszenkę.

Prof. G l u z i ń s k i odczytał uchwałę Komitetu Centralnego, który orzekł iż następny Zjazd Lekarzy Słowiańskich ma się odbyć w Pradze w maju 1928 r. I. Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich uchwalił wysłać hołdownicze depesze do Pana Prezydenta

---

*) Szczegółowe sprawozdania z posiedzeń naukowych będą podane oddzielnie.

Rzeczypospolitej Polskiej, do Jego Królewskiej Mości Króla Bułgarji, do Pana Prezydenta Republiki Czechosłowackiej, do Jego Królewskiej Mości Króla Serbów, Chorwatów i Słoweńców.

Dr. Flatau odczytał życzenia przesłane dla I. Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich *„Nanczno-Słowiańskago Komiteta Gor. Leningrada“* w osobach akademika Bechterewa, prof. Otta, prof. Teodorowa i Dra Sobolewa.

Dr. Jakimiak przedstawił uchwałę Komitetu Centralnego mianującego prof. Antoniego Gluzińskiego Członkiem Honorowym Związku Lekarzy Słowiańskich, co obecni przyjęli hucznym aplauzem.

Dr. Wacław Kowalski, zastępca Sekretarza Generalnego, Komitetu Organizacyjnego odczytał depesze z życzeniami dla Zjazdu, jakie nadesłali:

1. Drujesvoto mladite slawiani w Sofji. 2. Prof. Dr. Milidje Kostic z Belgradu. 3. Prof. Pesina z Pragi. 4. Dziekan i Wydział Lekarski w Zagrzebiu. 5. Dziekan i Wydział Lekarski w Sofji. 6. Rektor Popowic z Sofji. 7. Prof. Botchew z Sofji. 8. Dr. Choruiakoff z Belgradu. 7. Dorde Jowanowic. 8. Prof. Dr. Józef Surzycki były generalny sekretarz. Dr. Czapla z Tarnowskich Gór ze Śląska. 9. Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku. 10. Redaktor medycyny praktycznej Dr. Kazimierz Bross — Poznań. 11. Dr. Stefan Chraniewicz z Ostroga nad Horyniem. 12. Sofijsty klon na balgarsky lekarski sajus, predsedatl dr. Havtcheff i sekretar dr. Rosenfeld.

Życzenia nadesłali:

Dr. Pietrzykowski z Chicago, Komitet Redakcyjny „Lekarza Polskiego“, Dr. Jerzy Bujalski — Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne. Bernska Zupa Lekaru Ceskich.

Prof. Veseli wyraża radość, iż na posiedzeniu Komitetu Centralnego został przyjęty jego wniosek, aby następny Zjazd odbył się na przyszły rok w Pradze. W imieniu praskiego Komitetu zaprasza kolegów Słowian na Zjazd do Pragi.

Następnie prof. Kiroff składa podziękowanie Komitetowi Organizacyjnemu za pracę nad zorganizowaniem Zjazdu wszystkim kolegom za gościnne przyjęcie i serdeczność koleżeńską. Przedstawiciel Jugosławji prof. Cackowic zaznacza, że lekarze, którzy mają cel najrealniejszy, aby dać zdrowie chorym są największymi idealistami. Obecnie podejmujemy się leczenia wszystkich nieporozumień i postaramy się pracować dla Zjednoczenia Słowian. Minęły czasy, kedy przedstawiciele silnego narodu mogli wyrażać się z przekąsem o słowianach. Nationes non solum numerantur set etiam ponderantur. My mamy za zadanie leczyć nie tylko słowian lecz cały świat. Usuniemy wszystko, co nas różniło i będziemy pracowali nad połączeniem. Łatwiej to nastąpi, gdyż pochodzenie języka jest wspólne, choć pojedyncze wyrazy różnią się. Mówca wierzy w to, iż każdy, kto kocha swoją ojczyznę, tak też kocha słowian.

W imieniu lekarzy z Czechosłowacji przemawiał prof. Syllaba. Składa on podziękowanie Komitetowi Organizacyjnemu za pracę nad zrealizowaniem idei zjazdu. Takie prace, jakie były wygłoszone o szkarlatynie, o twardzieli, o organizacji sanitarnej w państwach słowiańskich, dowodzą rzeczywistej pracy na polu naukowem słowian. Lekarze z Czechosłowacji czują się szczęśliwymi, że zaszczyt rozpoczęcia zjazdu przypadł doc. Siklowi z Czechosłowacji. Następnie wspomina o pracach nad zbliżeniem prof. Pesiny, prof. Wicherkiewicza, Gluzińskiego, Cackowica, Veselyego, Semerada. Prace te przyczyniły się do wzajemnego zbliżenia słowian. Prof. Gluziński nawoływał słowami „Kochajmy się, nie dajmy się“, szanujmy się. Prof. Syllaba dodaje do tego — „przedewszystkiem poznajmy się“. Przemawiał delegat lekarzy ukraińskich na emigracji prof. Matiuszenko. Podniósł on zasługi Komitetu Organizacyjnego, za co złożył podziękowanie. Wierzy, że zjazdy przyczynią się do wzajemnego zbliżenia się narodów słowiańskich.

Wzniosłe przemówienie po łacinie wygłosił Jego Magnificencja Rektor Hryniewicki. Rozpoczął przemówienie słowami Mickiewicza *„My Polacy jesteśmy pielgrzymami, ponieważ zaprzysięgliśmy dążyć do świętej wolnej ojczyzny dotąd, dopóki jej nie otrzymamy“*. Obecnie mamy wolną zmartwychwstałą ojczyznę.

Do nas przyszły inne narody z darami swojej nauki. Nasza Alma Mater szcześliwa jest, iż w swoich murach może przyjąć przedstawicieli innych narodów i stwierdzić jedność całej Słowiańszczyzny. W dziedzinie nauki i polityki w jedności siła. Wzywam was do jedności w pracy, pracujmy wspólnemi silami dla większej chwały ojczyzny każdego z was. Niech żyje nauka, Niech żyje Słowiastwo. Quod felix faustum fortunatumque sit.

Po przemówieniu Jego Magnificencj rektora Dra Hryniewickiego prof. Gluziński ogłosił Zjazd za zamknięty.

Wacław Kowalski.

Sprawozdanie z IV. Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej, odbytego w Warszawie, w dniach od 30. maja do 4. czerwca 1927.

W dniach od 30. V. do 4. VI. b. r. odbył się w Warszawie IV. Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej. Pierwszy Kongres odbył się w Brukseli w 1921. r., drugi w Rzymie w r. 1923., trzeci w Paryżu w r. 1925.

Gdy na ostatnim zjeździe stały komitet Kongresu uchwalił odbycie następnego Kongresu w Polsce, powstała wątpliwość, czy młode Państwo Polskie będzie w stanie podołać tak trudnemu zadaniu i współzawodniczyć w tej sprawie z największemi stolicami świata.

Nam Polakom, chodziło przedewszystkiem o to, aby wrażenie, które wywiozą z Polski delegacje czterdziestu kilku państw, było dodatnie i aby przy porównaniu nie odnieśli oni przekonania, że Polska jest krajem mało kulturalnem, biednem, źle zorganizowanem i t. p. Ponieważ tego rodzaju Zjazd miał dla nas ogromne znaczenie propagandowe, to też Komitet Organizacyjny IV. Międzynarodowego Kongresu stanął wobec nader trudnego i odpowiedzialnego zadania.

Nasz komitet organizacyjny rozpoczął skwapliwie pracę już w r. 1925, i muszę tu bezstronnie podnieść, że dzięki jego wysiłkom organizacja IV. Kongresu była bez zarzutu. Wszystko zostało z góry przewidziane i ujęte w pewne ramy.

Ogólne wrażenie z Kongresu pod wszelkiemi względami bardzo dodatnie. Z rozmów, prowadzonych z całym szeregiem delegacji różnych narodowości, odniosłem przekonanie, że są one wprost zachwycone Kongresem i przyjęciem, jakiego doznali w Polsce.

Mimo na ogół dość ułatwionych obecnie warunków podróżowania po całej Europie, poszczególni delegaci cudzoziemscy, udając się do Polski, byli przekonani, że jadą do zdziczałego prawie kraju, o bardzo niskim poziomie kultury, zniszczonego przez wojnę, biednego zdezorganizowanego i t. d.

Takiego zdania byli między innemi delegaci Grecji, Hiszpanji, Brazylji a nawet i Włoch. Wielkie też było ich żdziwienie, gdy ujrzeli kraj bogaty, ludność wesołą i życzliwą; zamiast śniegów, lodów i zimy, dopisywała piękna pogoda; Warszawa wyglądała prawie po Europejsku, nigdzie na ulicach nie spotkali niedźwiedzi, wilków, ani innych dzikich zwierząt. Natomiast wszędzie było wesoło, gwarno, elegancko i pełno życia.

Co zaś do przysłowionej słowiańskiej gościnności polaków, zostali oni przyjęci tak serdecznie, jak w żadnem innem państwie i wyjeżdżając z Polski, byli zachwyceni tak krajem, jak i jego ludnością.

Biuro Kongresu było czynne już od dnia 29. maja b. r.; mieściło się ono w gmachu Generalnego Inspektoratu Armji i sprawnie udzielało wszelkich informacyj dotyczących Kongresu.

Otwarcie Koigresu wyznaczone było na dzień 30. maja b. r. W dniu tym, już od godz. 8-mej rano w gmachu Politechniki zaroiło się od cudzoziemców w różnobarwnych mundurach.

Delegacje każdego kraju otrzymywały pakiety z odznakami Zjazdu, szczegółowemi programami Kongresu, prospektami, przewodnikami i t. p. Komitet organizacyjny przydzielił poszczególnym delegacjom każdego kraju specjalnych oficerów, mówiących ich językiem, którzy nieodstępnie służyli im wyjaśnieniami i wskazówkami. Mimo więcej, niż 2000 uczestników Kongresu, nie było tłoku, ani nieporozumień z powodu nieznajomości języka lub miasta, jak to miało miejsce na Kongresach poprzednich.

Główna sala Politechniki, pięknie udekorowana kwiatami i sztandarami wszystkich narodów oraz wypełniona pięknemi galowemi mundurami wszystkich krajów wyglądała wspaniale. W porównaniu z innemi Kongresami bardzo dodatnie wrażenie zrobiło to, że wszystkie pierwsze miejsca i pierwsze rzędy krzeseł były oddane gościom zagranicznym, oficerowie polscy zajęli miejsca w tyle oraz miejsca na galerji.

Uroczyste otwarcie Kongresu nastąpiło 30. maja b. r. o godz. 10-tej m. 15, w obecności Marszałka Piłsudskiego i członków Rządu.

Otworzył Kongres Wiceminister General Konarzewski, mowę zaś powitalną w języku francuskim wygłosili: Przewodniczący Komitetu organizacyjnego Generał Dr. Rouppert, przedstawiciel świata lekarskiego w Warszawie, najstarszy przedstawiciel dlegacji angielskiej i inni.

O godz. 12.30 tego dnia wszyscy oficjalni Delegaci państw oraz członkowie Komitetu Organizacyjnego zgromadzili się na placu Saskim przed gmachem Komendy Miasta, skąd w pięknym pochodzie nieśli wspaniały wieniec, który złożyli w Imieniu IV. Kongresu na grobie Nieznanego Żołnierza.

Tegoż dnia o godz. 17-tej wszyscy delegaci byli przyjęci przez Pana Prezydenta Rzeczypospolitej na Zamku, panie zaś —

były podejmowane w tym samym czasie przez PP. Przewodniczące Komitetu Pań w pałacu Łazienkowskim.

Wieczorem o godz. 21-szej wszyscy członkowie Kongresu zostali zaproszeni na wspaniałe przyjęcie przez Pana Marszałka Piłsudskiego w Prezydjum Rady Ministrów. Bardzo dodatnie wrażenie wywarło to, że gdy goście zostali zaproszeni do stołu, to polscy oficerowie ustąpili pierwsze miejsca cudzoziemcom, odwrotnie niż to miało miejsce w r. 1925 w Paryżu.

Następnego dnia, to jest 31 maja b. r., rozpoczęły się naukowe obrady Kongresu. Pierwszy temat wspólny dla wszystkich „Ewakuacja w wojnie ruchowej" był opracowany przez Dr. Guimaraes z armji brazylijskiej, i przez ppłk. Dr. Garbowskiego i Mjr. Dr. Zawadowskiego z armji polskiej.

Każdy z członków Kongresu otrzymał duży tom prac wszystkie oficjalne referaty Kongresu wydrukowane w 2 językach w polskim i francuskim. Wnioski zaś — w 4 językach: niemieckim, włoskim, hiszpańskim i francuskim.

Powyższemu tematowi był poświęcony cały ranek 31. maja oraz dzień 1. czerwca b. r., w którym odbywały się przeważnie dyskusje.

O godzinie 12 dnia 31 maja odbyło się uroczyste otwarcie przez Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Międzynarodowej Wystawy Sanitarno-Higienicznej, umieszczonej w gmachach i podwórzach szkoły podchorążych oraz w gmachu Generalnego Inspektoratu Sił Zbrojnych.

Wystawa bardzo pomyślnie i dobrze zorganizowana zrobiła na mnie wrażenie bez porównania lepsze, niż taka sama w r. 1925. w Paryżu.

Eksponowane były wszelkiego rodzaju przedmioty z zakresu życia codziennego i jego higjeny nietylko przez firmy polskie, lecz również i francuskie, czechosłowackie, norweskie, szwedzkie i nawet niemieckie. Każdy cudzoziemiec otrzymał przy wejściu pięknie wydaną książkę „Przewodnik po wystawie".

Wystawa wogóle została zakrojona na szerszą skalę i pozostanie otwartą przez cały miesiąc do dnia 5-go lipca b. r.

Pomiędzy wystawiającemi firmami należy wyszczególnić Okręgowe szpitale wojskowe, a mianowicie: Szpital Szkolny w Warszawie eksponował dużo pięknych preparatów i dijagramów naukowych; 1. i 7. Szpital Okręgowy — wyroby fabryk protezowych, 6. Szpital Okręgowy we Lwowie — aparaty wyciągowe przy złamaniu kończyn, wykonane w warsztatach protezowych tegoż szpitala; wreszcie 9. Szpital Okręgowy w Brześciu wystawił bardzo ładne i pomysłowe urządzenia apteczne.

O godzinie 5-tej tegoż dnia Rada Miejska m. Warszawy wydała piękny raut w Ratuszu dla członków Kongresu, zaś o godz. 8-mej w wielkiej sali Filharmonji odbył się koncert poświęcony muzyce polskiej. Każdy z członków Kongresu otrzymał piękną książeczkę p. t. „Uroczystości artystyczne" w językach polskim i francuskim.

W dniu 1. czerwca o godz. 15-tej odbyły się ćwiczenia pokazowe 1. Baonu Sanitarnego w Warszawie oraz Centralnej Szkoły Gimnastycznej z Poznania z krótką prelekcją. Wreszcie o godz. 20-tej odbyło się galowe przedstawienie w Operze: wykonano II. akt „Strasznego Dworu" Moniuszki oraz balet fantastyczny Różyckiego „Pan Twardowski". Sale Opery przepełnione lśniącemi mundurami galowemi, oraz strojami wieczorowemi pań wyglądały wspaniale. Wykonaniem sztuki wszyscy cudzoziemcy byli zachwyceni.

Zaraz po przedstawieniu wszyscy goście udali się na przyjęcie Magistratu m. Warszawy w pięknie oświeconych i udekurowanych salach redutowych.

Następny dzień 2. czerwca poświęcony był innym tematom naukowym. Członkowie Zjazdu podzielili się na sekcje i w poszczególnych salach szkoły podchorążych toczyły się obrady na tematy programowe.

Najważniejszym tematem był temat chirurgiczny „Następstwa urazowych uszkodzeń czaszki i ich leczenie" referowane przez mjr. Aisopos i Papastra-Iga-Is z armji greckiej i płk. prof. Dr. Węgłowskiego z armji polskiej.

Na ten temat zgłoszonych było 22 poszczególnych komunikatów wybitnych chirurgów i neurologów różnych krajów jak: Prof. Leriche, Prof. Maisonnet, Prof. Worms, Prof. Lacare, Prof. Billet i innych z Francji, Prof. Butoianu z Rumuiji, Prof. Caccia i Bernardiuis z Włoch, Prof. Kryński, Prof. Ostrowski i płk. Rosenhauch z Polski i t. d.

Trzeci temat dotyczył: *„Etjologji i profilaktyki grypy"*, czwarty zaś *„Arsenobenzol, metody analizy i oceny chemicznej"*.

Pozatem było kilka komunikatów z zakresu dentystyki i innych dziedzin medycyny wojskowej. Referaty wygłaszane były we czwartek 2. czerwca, zaś w piątek 3. czerwca toczyły się obrady nad wygłoszonemi komunikatami.

Wieczorem dnia 2. czerwca o godz. 21.15 odbyło się feeryczne przedstawienie w Stanisławowskim stylu w Teatrze antycznym, na otwartej scenie, w parku łazienkowskim. Przedstawienie wywarło na wszystkich członków Kongresu niezapomniane i czarujące wrażenie.

Po przedstawieniu odbyło się przez Gen. Dr. Rouppertа przyjęcie w Pałacu łazienkowskim wszystkich gości cudzoziemców oraz członków Komitetu polskiego. Przyjęcie nosiło nadzwyczaj miły i serdeczny charakter o tyle, że niektórzy z cudzoziemców jak n. p. z armji hiszpańskiej i brazylijskiej tańczyli nie bez wdzięku tego rodzaju polskie tańce jak mazur, oberek i t. p. W piątek 3. czerwca b. r. o godz. 21. urządzona była bardzo miła wycieczka statkiem po Wiśle.

Ostatni dzień Kongresu, 4. czerwca, poświęcony był odczytaniu na Walnem Zgromadzeniu wniosków, powziętych przez poszczególne Sekcje, oraz ustaleniu miejsca i terminu następnego Kongresu.

Następny V. Kongres wyznaczony został na rok 1929. w Londynie. Z pomiędzy przyjętych tematów — temat chirurgiczny jest następujący: *„Chirurgja naczyń krwionośnych"*.

O godzinie 14-tej członkowie Kongresu byli zaproszeni na Międzynarodowe Konkursa Hipiczne, a o godz. 20-tej tegoż dnia odbył się bankiet pożegnalny w gmachu Generalnego Inspektoratu Sił Zbrojnych.

Dla kilku tysięcy członków Kongresu i ich rodzin oraz zaproszonych gości pracowało przeszło 80 kucharzy, 150 lokaji i wielu pomocników.

Po zakończeniu Kongresu odbyły się wycieczki do różnych części Polski. Najwięcej gości udało się w kierunku Krakowa, Zakopanego, Wieliczki, nieco mniej na Górny Śląsk, do Ciechocinka Gdańska ect.

Każdy z uczestników Kongresu otrzymał ozdobnie wydaną w języku francuskim i pięknie ilustrowaną książeczkę Dr. Orłowicza p. t. „Przewodnik po Polsce".

Mimo tak obszernego i różnorodnego programu Kongresu, pomimo ogromnej ilości uczestników, organizacja była opracowana tak szczegółowo i działała tak precezyjnie, że Kongres odbył się w największym porządku bez najdrobniejszych nawet tarć i niedociągnięć, tak częstych przy tego rodzaju Zjazdach.

Muszę raz jeszcze podkreślić że z ciężkiego zadania, które Polska wzięła na swoje barki, wywiązała się ona nietylko bez zarzutu, lecz stanowczo wywarła na cudzoziemców wysokie pojęcie o naszej kulturze, naszem bogactwie oraz naszych zdolnościach organizacyjnych, a za to wszystko jesteśmy zobowiązani naszemu Komitetowi Organizacyjnemu Kongresu.

Lwów, dnia 26 czerwca 1927.

Prof. Dr. R. Węglowski.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXXII. posiedzenie naukowe w dniu 26 listopada 1926 r.

Przewodniczący kol. Grek, obecnych 104 członków.

1. Kol. Hilarowicz przedstawia chorą operowaną na klinice lwowskiej (Prof. Schramm), u której wykonano *zupełną przednią operację wytwórczą przełyku (oesophagoplastyka)* z powodu zwężenia tegoż po wypiciu kwasu solnego. Chorą operowano najpierw sposobem Roux, z powodu jednak zgorzeli prawie całej pętli jelita czczego musiano następowo wytworzyć prawie cały kanał ze skóry, łącząc nim boczną przetokę przełykową na szyji z otworem prowadzącym przez resztkę kiszki do żołądka. Z powodu kilkakrotnych zwężeń w różnych miejscach sztucznego przełyku musiano wykonywać dodatkowe zabiegi, tak, że chora była 14 razy operowaną. Ostatecznie łyka pokarmy płynne i półstałe, przyczem dla zwężenia jakie utworzyło się w dolnej części kanału skórnego wstawiono tamże na pewien czas dren gumowy, mający być w najbliższym czasie usunięty. Demonstracja łykania wody przez chorą. Omówienie krótkie metod dotychczas stosowanych oraz najnowszych zapatrywań co do techniki wykonywania sztucznego przełyku.

W dyskusji przemawiał kol. Schramm.

2. Kol. Rodziński przedstawił dwoje dzieci z *przepukliną mózgową*.

W dyskusji przemawiał kol. Schramm.

3. Kol. Falkiewicz T. przedstawił *przypadek myastenji*.

W dyskusji Kol. Domaszewicz podnosi, że jednym z pierwszych badaczy myastenji był kol. Krzemicki.

4. Kol. Nowicki przedstawia i omawia preparat anatomiczny *samoistnego wyleczenia wgłobienia jelita cienkiego w jelito cienkie.* Preparat pochodzi z sekcji 59. letniego mężczyzny, którego dostawiono do szpitala w stanie agonji; przypuszczano u niego zapalenie otrzewnej w związku z durem brzusznym. Sekcyjnie stwierdzono zapalenie ropne otrzewnej a w odległości około $1^1/_2$ m. od zastawki Bauhina okrężną świeżą bliznę, jakby po cięciu operacyjnem (resekcji) jelita. W jednem miejscu martwica ograniczona i przebicie do jamy brzusznej. Całość odpowiada niewątpliwie stanowi po samoistnem wydaleniu części wgłobionej jelita, która, sądząc z długości jelita, wynosiła około $1^1/_2$ m. Gdyby nie ograniczone ognisko martwicze w miejscu oddzielenia się jelita, chory byłby w ścisłem znaczeniu wyleczony.

W dyskusji kol. Pisek przytacza przypadek, który P. opisał przed laty w Krakowskim Przeglądzie lekarskim. Na sekcji staruszki zmarłej z innej choroby stwierdził mówca guz kiełbasowaty, wychodzący z otworu odbytnicy, długości około 50—60 ctm., a w obwodzie w swej dolnej części około 20—25 ctm. mierzący. Guz wąski u nasady przypominał postacią olbrzymią marchew o powierzchni pokrytej strupami, w części powierzchownemi wrzodzikami. Była to błona śluzowa wgłobionego jelita grubego. Otwór na dolnym biegunie prowadził do wnętrzna światła jelita; po oględnem odpreparowaniu przekonano się, że była to *invaginatio ileo-colocolica.* Zmarła latami nosiła guz wypadniętego i wgłobionego jelita grubego za czem przemawiały bardzo rozległe stare twarde zrosty powierzchni surowiczych.

5. Kol. Szymonowicz przedstawia dwa przypadki: a) *Zarośnięcie tętnicy dogłowowej prawej* u kobiety 49 letniej. Klinicznie rozpoznano *„Scleroma laryngis"* i wykonano tracheotomię. Sekcyjnie wykazano tętniaka aorty, uciskającego na rozdwojenie tchawicy i wywołującego zmiany uciskowe błony śluzowej. Błona wewnętrzna tętnicy głównej przedstawia typowy obraz dla *„mesaortitis luetica".* Najciekawszem jest jednak bliznowate zaciągnięcie wyjścia tętnicy dogłowowej pr. i całkowite zarośnięcie światła naczynia w dalszym przebiegu. Obraz mikroskopowy wykazał charakterystyczne nacieki zapalne właściwe dla zmian kiłowych. Prelegent przytacza istniejące teorje etjologji, z jednej strony miażdżyca z drugiej kiła i zwraca uwagę na całkowity brak objawów klinicznych, dający się wytómaczyć powolnością przebiegu schorzenia i zdolnością przystosowania się danego obszaru do zmienionych warunków, drogą wytworzenia krążenia ubocznego.

b) W drugim przypadku przedstawia kol. Szymonowicz *nadnerczaka złośliwego* nerki lewej u osobnika 54 letniego, u którego przyżyciowo stwierdzano moczówkę prostą spowodowaną najprawdopodobniej nowotworem podstawy mózgu. Sekcja, oprócz licznych przerzutów nadnerczakowych w narządach jamy brzusznej i klatki piersiowej (płuca, wątroba, nerka pr., mięsień sercowy, jelito biodrowe), wykazała zmiany nowotworowe w mózgu powodujące wodogłowie wewnętrzne znacznego stopnia. Badaniem drobnowidowem przysadki i międzymóżdża stwierdzono gruczolaka zasadochłonnego w części gruczołowej przysadki i zmiany zanikowe w części nerwowej tejże, a także liczne komórki nowotworowe zaczopowujące światła drobnych naczyń guza szarego *(tuber cinereum)* i w następstwie dających rozmiękanie sąsiednich części mózgowia. Mówca przytacza szereg teorji etjologji i patogenezy moczówki prostej i przechyla się do twierdzenia, iż dysfunkcja przysadki z równoczesnem schorzeniem międzymóżdża, a przedewszystkiem płatka tylnego przysadki, lejka *(infundibulum),* guza szarego i ciałek sutkowatych, podobnie jak to i powyższy przypadek wyraźnie udowadnia, jest momentem wywołującym moczówkę prostą.

6. Kol. Elmer omawia kliniczny przebieg powyższego przypadku moczówki prostej.

W dyskusji kol. Marischler zaznacza, że próbowano w moczówce prostej stosować novasurol, działanie jego jest jednak przemijające.

7. Kol. Groer wygłasza: *„Skóra jako narząd obrony i oporu",* (ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Lenartowicz, Leszczyński, Gąsiorowski, Elmer i prelegent.

XXXIII. posiedzenie naukowe w dniu 3 grudnia 1926 r.

Przewodniczący: kol. Ziembicki, obecnych 94 członków.

1. Kol. Naróg przedstawia *przypadek miąższowego zeschnięcia spojówki i rogówki* na podstawie badania w świetle lampy szczelinowej, przy długo trwającem, od r. 1917. zapaleniu zołzowem spojówek i rogówek. Chory l. 27. szewc, ogólnie blady, źle odżywiony, liczne blizny na skórze szyji w związku ze skrofulozą. Oddział wewnętrzny stwierdził u chorego zajęcie prawego szczytu płuc. Gałki oczne blade, stwierdza się grubą łuszczkę zołzową na obu oczach. Na oku prawem widoczne zeskórnienie nabłonka przez środek rogówki w postaci grubej błony. Nabłonek rogówki jest w tem miejscu zgrubiały, matowy i suchy, o odcieniu szaro-białawym, łzy się na nim nie chcą trzymać. Zeskórnienie nabłonka rogówki pozostaje w związku ze zbliznowaceniem rogówki jako wyraz procesów wstecznych w tkance przy gorszem odżywieniu miejscowem. W świetle lampy szczelinowej stwierdza się na rogówce połyskujące kryształki cholesteryny, które powstają przy rozpadzie komórek, przyczem uwalniają się związane tłuszcze jako wyraz procesów wstecznych. Prócz tego pojedyncze kryształki można wykazać w nabłonku spojówki, gdyż częściowo wskutek złego odżywiania przy braku podaży tłuszczów i witaminów przyszło do suchości nabłonkowej spojówki. W niektórych miejscach pod nabłonkiem były widoczne żółte, zbite ziarenka bez połysku, prawdopodobnie złogi wapnia. Na nabłonku tworzyły się białe osady w postaci mas ze złuszczonego nabłonka. Po podaniu tranu i posilnego pożywienia chory ogólnie poprawił się. Na spojówce znikły, na rogówce zaś utrzymywały się jeszcze pojedyncze kryształki. Bystrość wzroku poprawiła się nieznacznie. Omówiono podział suchości spojówek i podobny obraz w innych przypadkach na tle jaglicy.

2. Kol. Smoliński przedstawia *przypadek mięśniaka mięsakowatego płuc.*

W dyskusji kol. Sawicka prostuje, że w guzie wyciętej macicy w powyższym przypadku stwierdzono mikroskopowo *włókniaka mięsakowatego.*

Kol. Grabowski omawia obraz mikroskopowy wykształconych strzępów tkanki, na podstawie których rozpoznano mięśniaka mięsakowatego, podkreślając rzadkość występowania tego rodzaju sprawy przerzutowej z narządów rodnych w płucach.

Kol. Nowicki uważa przedstawiony przypadek za przykład późnego przerzutu; na to późne rozwinięcie się ogniska przerzutowego, powstałego jeszcze przed wycięciem macicy, mogło mieć wpływ usunięcie guza pierwotnego. Wiadomo, iż przerzuty niektórych nowotworów mogą wogóle ulegać inwolucji po wycięciu ogniska pierwotnego.

3. Kol. W. Janusz: a) jako „pendant" do przedstawionego przed chwilą klinicznego przypadku mięsaka płuc pokazuje *inny rodzaj nowotworu płuc.* Rozpoznanie kliniczne opiewało *„neoplasma pulmonis".* Na stole sekcyjnym u mężczyzny lat 60-ciu wyniszczonego było obmurowanie zbitemi zrostami prawej jamy opłucnowej. W szczycie płuca prawego był guz wielkości pomarańczy, niezbyt wyraźnie odgraniczający się od otoczenia, rdzeniasty, szaro-białawej barwy, miejscami rozpadający się, na obwodzie przeważnie twardy i zbity. Ścisłego związku z pniem oskrzelowym nie stwierdzono. Guz jest rakiem płuca, dającym liczne przerzuty w mózgowiu, usadowione w substancji białej płata ciemieniowego lewego i płata czołowego prawego i w móżdżku;

b) *preparat jelita cienkiego z paratyfusem,* w jelicie stwierdza się różnorodność obrazów anatomo-patologicznych. W całej długości jelit błona śluzowa jest wyraźnie przekrwiona, nacieczona, pokryta śluzem, a tu i ówdzie są nieznaczne wybroczyny. Grudki samotne oraz blaszki Payer'a są mniej rdzenisto nacieczone. Najbardziej charakterystyczne są owrzodzenia. Dno tych owrzodzeń jest wygładzone lub też pokryte szaro-żółtą ropą a sięgają one niekiedy raz bardzo głęboko, uszkadzając nawet warstwę mięśniową jelit. Na pierwszy rzut oka omawiane owrzodzenia, przypominają wyglądem owrzodzenia, powstające w chorobie czerwonce, atoli gdy się uwzględni charakter i sposób umiejscowiania owrzodzeń, a nadto weźmie się pod uwagę wynik badania bakterjologicznego krwi, które wykazało obecność laseczek duru rzekomego B, to nie ulega wątpliwości, że w danym przypadku mamy do czynienia z obrazem anatomicznym duru rzekomego B. Gruczoły krezkowe w tym przypadku były wyraźnie powiększone i przekrwione. Z innych zmian, które są godne uwagi, podnieść należy wystąpienie w tym przypadku zapalenia dooskrzelowego płuc o charakterze krwotocznym oraz ropnego zapalenia gruczołu przyusznego.

c) preparat *pachymeningitis haemorrhagica* który dotyczy mężczyzny l. 50, u którego po otwarciu czaszki stwierdza się w wysokim stopniu napięcie opony twardej. Na rozkroju od strony wewnętrznej stwierdza się po stronie lewej rozległe wynaczynienie otorbione, uciskające na półkulę lewą, w okolicy zaś półkuli prawej stwierdza się kuliste nagromadzenie skrzepów krwi, które również wyraźnie uciskało na substancję mózgową. Podłoże patogenetyczne zdawałoby się znanego już oddawna obrazu chorobowego, zwanego *pachymeningitis haemorrhagica,* mimo licznych badań anatomo-patologicznych, pozostaje nadal niezupełnie wyjaśnione. Gdy jedni uważają krwawienia za zmianę pierwotną, a wytwarzanie się nawarstwień za następstwo przeistoczenia skrzepu krwi, to drudzy znowuż dowodzą, że na wewnętrznej powierzchni rozwija się przedewszystkiem sprawa zakaźna, którą otarbia obficie unaczyniona tkanka ziarninowa. Wspomniana tkanka jest powodem wielokrotnie powtarzających się krwawień, które

w czasie przeistaczania się wytwarzają nawarstwawiające powłoki włóknikowe. J. omawia zapatrywania, dotyczące powstawania zmiany przedstawionej;

d) pokazuje preperat histologiczny *raka brodawczakowego, wybujałego ze splotu naczyniówkowego mózgu.* Nowotwory nabłonkowe mózgowia do niedawna uchodziły za rzecz niewiarygodną, dopiero liczne spostrzeżenia najrozmaitszych autorów, wśród których znajduje się praca kol. Grabowskiego, ustaliły z całą pewnością, że raki mózgowia zapoczątkowane być mogą bądź z nabłonka, powlekającego splot naczyniówkowy, bądź z wyściółki nabłonkowej, pokrywającej wewnętrzną powierzchnię komór. Do takich niezwykłych nowotworów odnosi również omawiany przypadek, w którym stwierdza się utkanie brodawczakowe, którego podścielisko jest wytworzone z obficie unaczynionej tkanki łącznej w postaci delikatnej siateczki, powleczonej warstwą zmienionych nabłonków, wykazujących wyraźne cechy bujania atypowego. Samo podścielisko wykazuje wielokrotne boczne rozgałęzienia wypustkowate, pokryte dookoła nabłonkiem kubicznym nieraz wielowarstwowym. Gdzieniegdzie stwierdza się tylko w podścielisku skąpe nacieki drobnokomórkowe, złożone z komórek jednojądrzastych, układających się przeważnie dookoła naczyń. W niektórych miejscach podścielisko owe ulega początkującym przemianom szklistym. Stosunek owych atypowo zachowujących się nabłonków przeważnie jest dość ścisły względem samego podścieliska, a nawet daje się stwierdzić w pewnych miejscach wnikanie pasm komórek nabłonkowych w tkankę podścieliskową i w szczeliny naczyniowe. Całość obrazu odpowiada utkaniu raka brodawczakowego, który wybujał niewątpliwie z nabłonka splotu naczyniówkowego, zaczem przemawia też umiejscowienie się omawianego guza w III-iej komorze w postaci uszypułowanego tworu, pozostającego w ścisłej łączności ze splotem naczyniówkowym.

4. Kol. Gąsiorowski wygłasza: *„Odczyn Sachsa-Georgiego, Meinickego (D M.). a odczyn Wassermanna.* Na podstawie wyników badań otrzymanych z 3.408 surowicami, z których każdą badano metodą Wassermanna, Sachsa-Georgiego i Meinickego (D M.) i 23.729 surowicami badanych metodą Wassermanna i Sachsa-Georgiego prelegent dochodzi do następujących wniosków:

1) Wyniki, jakie daje cieplarkowa metoda Sachsa-Georgiego i jednoterminowa Meinickego (D M.) swoistością swą odpowiadają odczynowi Wassermanna.

2) Wobec jednakowej wartości swoistej, wyższość jednej metody nad drugą można ocenić na podstawie czułości odczynu. Odczyn Sachsa-Georgiego dający najwyższą sumę wyników dodatnich i zaznaczonych okazał się najczulszy, poczem następuje Wassermann, a jako najmniej czuły odczyn Meinickego (D M.).

3) Wśród wyników otrzymanych stwierdza się stale wzajemną niezgodność wahającą się w szerokich granicach. Na grupę wyników dodatnich uzyskanych jedną metodą przypada znaczny odsetek odczynów zaznaczonych lub ujemnych przy metodzie drugiej i naodwrót.

4) Każdy wywoływacz wywiera wyraźny a odmienny wpływ na czułość i wzajemną zgodność odczynów, co nadaje mu pewien odrębny charakter. Tę cechę odrębności, jak również i miano swe wywoływacz zachowuje przez długi okres czasu w formie niezmienionej, co musi mieć trwalszą podstawę, prawdopodobnie w bliżej nieznanych różnicach w samej budowie chemicznej wyciągów antigenowych.

5) Wynik odczynu pozostaje w ścisłej zależności od doboru wywoływacza. W tym celu powinno się większą ilość wyciągów antigenowych poddać badaniom próbnym z temi samemi surowicami i dopiero ten przeznaczyć do użytku, z którym przy zachowaniu swoistości uzyska się najwyższą czułość odczynu.

6) Drobne wahania czułości i zgodności wyników występujące przy użyciu tego samego wywoływacza mogą być następstwem niedających się uniknąć niedokładności technicznych przy każdorazowem sporządzaniu odpowiedniego roztworu koloidalnego z wyciągu mięśnia sercowego.

7) Dla uniknięcia różnic, na jakie natrafia się w wynikach badań pochodzących z rozmaitych pracowni byłoby wskazanem zcentralizować wyrób i oznaczanie miana wywoływaczy.

8) Z surowicami osób zakażonych kiłą odczyn Wassermanna w pierwszym okresie choroby jest czulszy, aniżeli oba odczyny skłaczkowania. Przy kile trzeciorzędnej różnice te prawie się wyrównują. W drugim okresie, przy wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem wrażliwość odczynu Sachsa-Georgiego wznosi się nieco ponad Wassermanna, wykazując przy kile utajonej już znaczną przewagę. Czułość odczynu Meinickego (D M) stale pozostaje niższą od Wassermanna.

9) Z surowicami osób leczonych odczyn Sachsa-Georgiego jest w każdym okresie chorobowym czulszy od Wassermanna: odczyn Meinickego (D M) dorównuje mniej więcej Wassermannowi tylko p zy kile trzeciorzędnej pozatem posiada zawsze niższą wrażliwość.

10) Liczba dodatnich wyników z surowicami pobranemi przed leczeniem zmniejsza się w czasie leczenia najwyraźniej i najszybciej przy odczynie Meinickego (D M), Wassermann zaś zajmuje miejsce pośrednie znika prędzej, aniżeli Sachs-Georgi.

11) Spadek odczynów dodatnich z surowicami pobranemi wśród leczenia uwidacznia się już w pierwszym okresie chorobowym, a osiąga najwyższe nasilenie przy kile utajonej.

12) Surowice czyste, jałowo przechowane w lodowni, przez dłuższy przeciąg czasu nie wykazują odmiennego zachowania się wobec odczynów. W nielicznym tylko odsetku można zauważyć spadek nasilenia odczynu dopiero w siódmym tygodniu od pobrania próbki krwi.

13) Surowice z domieszką barwików żółciowych, jak również surowice słabo hemolityczne nie wpływają na czułość i zgodność odczynów, natomiast surowice silnie hemolityczne obniżają w wysokim stopniu wartość odczynów i jako takie nie nadają się do badania.

Z pośród dwóch metod skłaczkowania pierwszeństwo należy się stanowczo cieplarkowej metodzie Sachsa-Georgiego z 0'2 ccm. surowicy badanej i z odczytaniem po 48 godzinach, jako znacznie czulszej od jednoterminowej Meinickego (D M).

15) Wobec swoistości odczynów, a wzajemnej niezgodności wyników pod względem nasilenia, jaką się stale stwierdza w zachowaniu się odmiennych metod przy tych samych surowicach, nie można ograniczać się do jednej metody, lecz z każdą surowicą równocześnie wykonać odczyn Wassermanna i Sachsa-Georgiego. W ten tylko sposób dadzą się braki wyrównać i nawzajem uzupełnić, w przeciwnym razie znaczny odsetek wyników dodatnich i zaznaczonych ujdzie uwadze.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 4. IX. 1925 roku.

Obecnych członków 19. Przewodniczący Kol. Drożdż.

1) Kol. Drożdż demonstruje chorego z *dystrophia musculorum progressiva* i przy tej okazji omawia obszerniej patogenezę tego cierpienia.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3) Przyjęto na członka Towarzystwa Kol. Jana Arnsztejna.

4) Kol. Jan Arnsztejn wygłosił I-szą część referatu na temat: *Zaburzenia w przewodnictwie serca.*

5) Odczytanie podania Kol. Górnickiego z Lubartowa o przyjęcie w poczet członków Towarzystwa.

Protokół posiedzenia z dnia 18. IX. 1925 r.

Obecnych członków 17, gości 3. Przewodniczący Kol. Drożdż.

1) Kol. Tenenbaum demonstruje chorego z *Naevus piliferus.* Chory M. B. lat 18 szewc naevus od urodzenia, obecnie bardzo dużych rozmiarów z przodu od dolnej części brzucha zachodzi na uda, z tyłu od łopatek do połowy obu ud. Skóra na całej przestrzeni znamienia jest pigmentowana i pokryta gęstemi włosami. Na pośladkach przerost skóry w formie worków, zwieszających się. Twory te pokryte owrzodzeniami, co przeszkadza choremu wykonywać swój zawód. Kol. Tenenbaum był przy porodzie badanego, już wtedy zauważył owłosienie i pigmentację skóry. Włókniaki czy tłuszczaki zjawiły się w ostatnich czasach.

W dyskusji nad tym przypadkiem zabierali głos Kol. Rogoziński i Jaczewski, którzy zapatrują się sceptycznie na zabiegi chirurgiczne w tym wypadku.

2) Kol. Krysiński zawiadamia obecnych o utworzeniu się komitetu do walki z gruźlicą i apeluje o wzięcie udziału w tym komitecie.

3) Kol. Arnsztejn wygłosił dalszy ciąg swego odczytu: *O zaburzeniach w przewodnictwie serca* (autoreferatu nie dostarczono).

4. Kol. Kujawski referuje projekt przekształcenia szkoły babek przy szpitalu św. Wincentego a Paulo na szkołę położnych.

Po dyskusji nad powyższą sprawą, w której zabierali głos Kol. Krysiński i Czerwiński, na wniosek referenta Towarzystwo Lekarskie wybrało komisję, którą upoważniło do wejścia w porozumienie w tej sprawie z Wojewódzką Radą Szpitalną, Zarządem Szpitala św. Wincentego a Paulo, jak również ułożenia projektu Statutu szkoły. Do komisji wybrano Kolegów Tymińskiego i Wąsowskiego.

Referent Kol. Kujawski, jako vice-prezes Twa przewodniczy komisji z urzędu.

Protokół posiedzenia z dnia 4. X. 1925 r.

Obecnych członków 14 i 5 gości. Przewodniczy Kol. Drożdż.

1) Przewodniczący wspomina o zmarłych ś. p. prof. Dr. Józefie Ziemackim, członku honorowym Twa i członku zwyczajnym Twa ś. p. Dr. Wacławie Wolińskim z Puław, odczytuje depesze kondolencyjne, jakie wysłał Zarząd do rodzin zmarłych, poczem uczczono pamięć zmarłych przez powstanie.

2) Odczytano i przyjęto protokoły dwóch ostatnich posiedzeń.

3) Załatwiono bieżącą korespondencję.

4) Przyjęto na członka Twa Kol. Górnickiego z Lubartowa.

5) Kol. Chromiński wygłosił referat: *„W sprawie etjologji płonicy i szczepień ochronnych"*. Prelegent podkreśla, iż sprawa zarazków płonicy ożyła w ostatnich czasach dzięki pracom włoskich i amerykańskich autorów w 1920 r. Dr. Christina wykrył we krwi, płynie mózgowo-rdzeniowym i jamie noso-gardzielowej drobne dwoinki rosnące w warunkach beztlenowych.

Zarazkami temi szczepił dzieci i wywoływał płonicę. Niestety nikomu, prócz autorów włoskich nie udało się otrzymać kultury tego zarazka, a niektórzy autorowie uważają go za artefakt.

Amerykańscy badacze Dick'owie studjowali paciorkowce hemolityczne, wydzielone w przypadkach płonicy. Paciorkowce produkują toksyny, których zastrzyk, w pewnej dawce do skóry wywołuje u wrażliwych na płonicę zaczerwienienie z naciekiem (odczyn Dick'ów). Zinger uważa płonicę za toksynę. Szczepiąc konie toksynami otrzymano surowicę przeciwtoksyczną, która leczy płonicę w przeciągu doby. Zastrzykując surowicę podskórnie można zmienić odczyn Dick'ów z dodatniego na ujemny czyli uodpornić przeciw płonicy. Zauważono, że ci, którzy mają odczyn Dick'ów ujemny, nie zapadają na płonicę. Należałoby wykonać u nas odczyn Dick'ów u dzieci i wrażliwe dzieci szczepić toksynami, lub lepiej anatoksynami.

W dyskusji zabierał głos kol. Cywiński, który uważa, że prelegent za mało uwagi udzielił pracom Dr. Christina. Kol. Cywiński zwraca uwagę, iż zabita hodowla zarazka Dr. Christina podana co drugi dzień 3 razy po 2 cm³ chroni przed płonicą, Brokman przypuszcza, iż albo twory Dr. Christina są zarazkiem istotnym, lecz, że niezbędnym jest ich współżycie z paciorkowcami hemolitycznemi Dick'ów, albo zarazki Dr. Christina i paciorkowce Dick'ów przedstawiają poszczególne odmiany jednego i tego samego zarazku. Zastrzykiwanie 0,1 z przesączu hodowli Dr. Christina doskórnie wywołują odczyn w postaci miejscowego zaczerwienienia i nacieku, odczyn ujemny wykazują ozdrowieńcy po płonicy, wszystkie noworodki i niemowlęta w pierwszym roku życia oraz osoby szczepione zarazkami Dr. Christina po 4—8 dniach, jak również osoby które kiedyś chorowały na płonicę.

Kol. Chromiński tłómaczy dodatnie odczyny z zarazkami dr. Christina, które tylko spotykamy u autorów włoskich — działaniem białka. Kol. Kujawski wspomina o dobrych wynikach szczepień szczepionką Gabryczewskiego stosowaną w płonicy przez lekarzy powiatowych, Województwa Lubelskiego.

6) Kol. Kujawski referuje sprawę ewentualnego oddania bibljoteki Twa Lek. Lubelskiego w depozyt mającej się stworzyć na terenie Lublina Bibljotece Publicznej Miejskiej. Na wniosek Kol. Drożdża upoważniono Zarząd Twa do pertraktakcji w tej sprawie.

Protokół posiedzenia z dnia 19. X. 1925 r.

Obecnych członków 20, 3 gości. Przewodniczący Kol. Drożdż.

1) Przedstawiciel Pabjanickiego Twa Akcyjnego p. Romer omówił i pokazał preparaty wyrabiane przez to Towarzystwo.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3) Kol. Modrzewski pokazał chorego operowanego z powodu *aneurisma art. femoralis* z pomyślnym skutkiem.

4) Kol. Drożdż pokazał chorego porażonego piorunem, na skórze, u którego bardzo ładnie uwidocznione ślady drogi pioruna.

5) Kol. Modrzewski pokazał: a) operowaną nerkę gruźliczą, b) usunięty operacyjnie odźwiernik z częścią żołądka i dwunastnicy, choremu wycięto cały odźwiernik i czwartą część żołądka, operacja dała wynik pomyślny, c) usuniętego operacyjnie polipa pęcherza moczowego u osobnika, który cierpiał na sporadyczne krwawienia z pęcherza. Polipa stwierdzono przy cystoskopji.

6) Przyjęto na członka Twa Kol. Chromińskiego.

7) Po załatwieniu bieżącej korespondencji referat kol. Garbaczewskiego: Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia Publicznego Magistratu m. Lublina za rok 1924 z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

8) Kol. Krysiński zwrócił się do Twa Lek. z prośbą o współdziałanie w stworzeniu w Lublinie komitetu redakcyjnego „Lekarza Polskigo" i zakomunikował o projekcie odbycia najbliższego zjazdu przeciwalkoholowego w Lublinie.

Protokół posiedzenia z dnia 4. XI. 1925 r.

Obecnych 19 członków i 4 gości. Przewodniczący Kol. Drożdż.

1) Kol. Skibiński pokazuje chorego L., lat 19, który został uderzony pałką w lewe oko. W dniu 1. IX. kol. Skibiński stwierdził u badanego powieki mocno obrzękłe, spojówka obrzmiała w postaci wału otacza rogówkę. Rogówka w całości bez połysku, tęczówka przekrwiona i obrzmiała oderwana od kółka rzęskowego na całej górnej jego połowie zwisa do przedniej komory, pokrywając prawie w całości zdeformowaną i opuszczoną ku dołowi źrenicę. Przez wykonaną w górze szparę prześwieca różowy odblask dna ocznego, którego szczegóły nie widoczne. Krawędzi górnej i dolnej powieki w odległości ⅓ od nosa pęknięte. Przypuszczalny stan soczewki *luxatio* w niewiadomym kierunku. Uraz był bardzo silny, dziwnem jest, iż gałka oczna nie uległa pęknięciu, tenże chory badany 6. IX. wykazuje objawy ostrej jaskry zapalnej, 24. IX. rozdęcie gałki u rąbka rogówki w dole i w górze na równiku (garbiaki twardówki) V = 0 gałka oczna nadaje się tylko do usunięcia. Prócz tego Kol. Skibiński wspomina jeszcze o dwóch chorych, z których obaj byli zranieni odłamkami metalu, u jednego z lokalizacji rany w rogówce z braku w tem miejscu ranki i krwawienia tęczówki należałoby sądzić, że ciało obce nie przebiło do wewnątrz, u drugiego ciało obce przebiwszy górną powiekę i twardówkę wpadło do wnętrza oka. W drugim przypadku elektr. magnesem usunięto ciało obce w postaci kawałka stali. W pierwszym wypadku po leczeniu pozostało zmniejszenie siły widzenia o ⅓, w drugim wypadku oko wyzdrowiało i nakoniec przytacza fakt uderzenia chorego w oko przez gwóźdź czterocalowy przy wbijaniu takowego w deskę i uszkodzeniu oka w postaci rany drążącej w górno-wewnętrznym odcinku oka, wypływ z ranki ciała szklistego, krew w przedniej komorze, wypełniającą ją ponad górny brzeg źrenicy. V = ruchy ręki przed okiem. Rany w spojówce i twardówce zaszyto. Po 3 tygodniach V = 6/6.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3) Przewodniczący odczytał pismo dziekanatu Wydziału Lek. Uniwer. Stefana Batorego w Wilnie z podziękowaniem za list kondolencyjny z powodu śmierci ś. p. Dra prof. Józefa Ziemiackiego członka honorowego Uniw.

4) Odczytano podziękowanie Drowej Marji Wolińskiej za wyrazy współczucia, wyrażone w liście Twa z powodu śmierci śp. Dra Wacława Wolińskiego z Puław, członka zwyczajnego Twa Lekarskiego.

5) Przewodniczący zakomunikował o kursie uzupełniającym dla lekarzy, organizowanym w Warszawie przez Związek Przeciwgruźliczy.

6) Kol. Garbaczewski wygłosił referat: Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia Publicznego Magistratu m. Lublina za rok 1924.

Prelegent stwierdza, że stan zdrowotny miasta w ostatnich czasach znacznie się poprawił, że w 1919 r. było zakaźnych chorych 1748, w 1924 r. 713, budżet miasta w dziale sanitarnym wyraża się: wydatki 52.019 zł., dochody 2.640 zł. Bezpłatne ambulatorjum miejskie udzieliło 8.101 porad, lekarze sanitarni udzielili 1.150 porad, zrobili 3.994 szczepień ochronnych i wykonali 1.411 oględzin sanitarnych. Laboratorjum miejskie wykonało 2.301 analiz, w tem mleka 1.183, stwierdzono 20% zafałszowań mleka. Miejskie zakłady dezynfekcyjno-kąpielowe wykąpały 35.090 osób.

W dyskusji nad tym referatem zabierali głos koledzy: Krysiński zwraca uwagę na niewielką ilość kąpieli które wydano 35.000 na 100.000 ludności na co wpływa brak odpowiedniej propagandy w szkołach i odpowiedniej ilości miejskich tanich kąpielisk. Dur brzuszny w Lublinie nie wygasa. Brak w sprawozdaniu statystyki dotyczącej gruźlicy.

Kol. Sitkowski uważa, że Wydział Zdrowia winien zwrócić uwagę na tworzenie rezerwoarów świeżego powietrza przez konserwowanie istniejących, restytuowanie dawnych i zakładanie nowych skwerów i ogrodów.

Kol. Garbaczewski w odpowiedzi zaznacza, iż brak funduszów nie pozwala zakładać nowych kąpielisk, co zaś do gruźlicy, to statystyki nie można zrobić ze względu, że brak materjału, gdyż gruźlicy nie podlegają meldowaniu przymusowemu. Miasto obecnie pracuje nad wykończeniem planu regulacyjnego, w którym postulaty o których wspomina kol. Sitkowski będą szeroko uwzględnione.

Kol. Sitkowski wyraża nadzieję, iż przy definitywnem opracowaniem planu regulacyjnego będzie miało głos i Two Lekarskie.

7) Kol. Krysiński referuje sprawę organizacji na terenie m. Lublina instytutu psychotechnicznego.

Protokół posiedzenia z dnia 18. XI. 1925 roku.

Obecnych 27 członków i 7 gości. Przewodniczący Kol. Drożdż.

1) Kol. Skibiński przedstawia chorego *z zaćmą urazową*, która pomyślnie się zresorbowała. O wypadku tym kol. Skibiński mówił na posiedzeniu T-wa dnia 4. XI. 25 r.

2) Kol. Mandelbaum pokazuje wypadek nowotworu przysadki mózgowej: chora lat 36, uskarża się na wybitne osłabienie. Stwierdza się u chorej znaczne poszerzenie nosa i palców rąk i nóg. Bólów głowy niema, ze strony wzroku brak zmian. Roentgenogram wykazuje duże rozszerzenie siodła tureckiego. Dalej Kol. Mandelbaum pokazuje chorą z nowotworem przysadki, u której są tylko zaburzenia wzroku i silne bóle głowy, leczona Roentgenem z pewną poprawą. Nakoniec Kol. Mandelbaum pokazuje roentgenogram chorej z guzem przysadki z przed 12 laty. Stan chorej obecny nie różni się od stanu z przed 12 laty. Sprawa stanęła bez leczenia. Prócz tego Kol. Mandelbaum pokazał dziecko, które po odrze zaczęło wykazywać objawy ze strony układu nerwowego w postaci głowy zwróconej na prawo i gałek ocznych na lewo i uważa, że chodzi tu o ognisko zapalne w okolicy *fasciculus longitudinalis* w pobliżu kolana *facialis* i jądra *abducentis* i chorego z nowotworem w jamie nosowo-gardzielowej, który uciskając na szereg nerwów wywołał obniżenie słuchu z prawej strony, porażenie pr. nerwu odwodzącego, upośledzenie czucia po tejże stronie, chory ma silne bóle głowy. Badanie histologiczne nie może ustalić charakteru guza, jest to mięsak, albo rak.

3) Kol. Jaworski pokazuje guz usunięty z *regio submaxillaris*. Guz wielkości pięści miał wyjście z *glandula sublingualis*, co należy do rzadkości, gdyż guzy takie zwykle wychodzą z *parotis* lub *submaxillaris*.

Badanie histologiczne wykazało *tumor mixtus*.

Prócz tego Kol. Jaworski omawia przypadek niedrożności jelit wskutek przesznurowania pętli jelita cienkiego cyplem otrzewnej w odległości 15 cm. od zastawki Bauhina. Pętlę resekowano i znaleziono obok i w zrostach wyrostka robaczkowego guz pokryty siecią, który okazał się zropiałym jajnikiem i trąbką. Było więc tu *pyoovarium* i *pyosalpinx;* powstały wskutek tego zrosty, jednym z takich sznurowatych zrostów została przyciągnięta pętla jelita cienkiego powodując niedrożność jelit.

4) Kol. Czerwiński pokazał *włókniaka macicy*, wydobytego przez pochwę, który ważył $1^1/_2$ kilo i który wyjęto przez rozkawałkowanie i 2 preparaty macicy rakowej.

5) Kol. Cywiński zreferował przypadek jednoczesnego zakażenia odrą i płonicą.

6) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia i odczytano bieżącą korespondencję.

7) Kol. Jaworski wygłosił referat: *o zastrzykiwaniach dosercowych* (autoreferatu nie dostarczono).

8) Kol. Chromiński wypowiedział referat: *Uwagi w sprawie stosowania w praktyce szczepionki i surowicy przeciwpłoniczej*. (autoreferatu nie dostarczono). W dyskusji nad tym ostatnim referatem poruszono sprawę stosowania szczepionki przeciw odrze i zabierali głos koledzy Cywiński, Chromiński, Płaczkiewicz, Wąsowski i Biernacki, przyczem wypowiedziano przekonanie, że najlepiej byłoby sprawę zdobycia szczepionki przeciwodrowej przenieść na teren szpitala dziecięcego.

Kol. Płaczkiewicz oponował przeciwko temu, podnosząc, iż w szpitaliku dziecięcym są dzieci ubogie, wyniszczone, wobec czego pobieranie krwi od tychże uważa za niewskazane. Na wniosek przewodniczącego wybrano komisję w składzie, kol. Sikorskiego, Cywińskiego i Chromińskiego celem rozpatrzenia tej sprawy.

Protokół posiedzenia z dnia 4. XII. 1925 roku.

Obecnych członków 16 i 4 gości. Przewodniczący Kol. Drożdż.

1) Kol. Cynberg pokazuje chorą lat 24 z objawami akromegalji, wielki nos zgrubiałe palce u nóg i rąk, ból głowy, brak *menses* od 4 miesięcy, 8.5% cukru w moczu. Zaburzeń wzrokowych nie stwierdzono. W dyskusji Kol. Jaczewski zwraca uwagę na skrzywienie kręgosłupa, charakterystyczne dla akromegalji.

2) Kol. Drożdż pokazuje chorego z nagminnem zapaleniem mózgowia, leczonego zastrzykami dożylnemi *natrii salicylici* z doskonałym rezultatem.

3) Odczytano zaproszenie Wileńskiego T-wa Lekarskiego na obchód 120 letniej rocznicy powstania Towarzystwa.

4) Kol. Krysiński wygłosił referat p. t.: *„Urządzenia sanitarne i służba zdrowia w Belgji"*. Po szczegółowem omówieniu ustroju służby zdrowia w Belgji, mówca porównuje administrację sanitarną Belgji i Polski i sądzi, że zasada sanitarjatu belgijskiego i jaknajszersza inicjatywa prywatna w naszych stosunkach, gdzie samorząd jest jeszcze młody, byłaby przedwczesną. Dalej mówca dokładnie omawia sprawę organizacji opieki nad dzieckiem w Belgji, walkę z gruźlicą (Belgja posiada 101 przychodni przeciwgruźliczych, 2000 łóżek sanatoryjnych). Sprawa mieszkaniowa znajduje rozwiązanie w Belgji w następujący sposób. Państwo udzieliło kredytów, stworzono Towarzystwa, które zajmują się budową domków przeważnie dla robotników: W roku 1919 zbudowano 25000 mieszkań (brak mieszkań w Belgji, który powstał z powodu zniszczenia wojennego, wynosi 200000 mieszkań).

Protokół posiedzenia z dnia 18. XII. 1925 roku.

Obecnych 18 członków i 6 gości. Przewodniczący Kol. Drożdż.

1) Przewodniczący zakomunikował o wysłaniu depeszy z życzeniami do Wileńskiego T-wa Lekarskiego z powodu uroczystości 120 letniego istnienia tegoż T-wa.

2) Otrzymano zaproszenie Magistratu M. Lublina na otwarcie wystawy konkursowych projektów planów regulacji m. Lublina.

3) Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia z dnia 18. XI. i 4. XII.

4) Kol. Sitkowski z Radzynia wygłosił referat p. t.: *„Niedomoga serca i jej leczenie w świetle współczesnych badań"*. Charakteryzując niedomogę serca jako niezdolność utrzymania krążenia na wysokości nieodzownej do normalnego funkcjonowania organizmu, prelegent podnosi, że istota tejże polega na zmianach czasowych, lub stałych mięśnia sercowego, wyrażających się klinicznie w zaburzeniach a) chronotropizmu (automatycznego powstawania podniet), b) bathmotropizmu (wrażliwości na podniety), c) dromotropizmu (przewodnictwa podniet) i inotropizmu (kurczliwości).

Niedomoga może być globalną, dotyczącą całego serca (infekcje, otrucia, wstrząsy) i częściową, dotyczącą oddzielnych odcinków. Niedomoga przedsionka jest wstępem do niedomogi prawej komory. Niedomoga pr. komory jest dobrze znanym obrazem niedoskurczu (asystolja). Niedomoga lewej komory rozwija się skokami, w postaci nagłych dramatycznych napadów, (*oedema pulmonum, angina pectoris).*

Dalej mówca omawia leczenie niedomogi, omawia leki nasercowe (kamfora, ouabaina, adrenalina, hypertoniczne roztwory cukru, strychnina, tlen), jak również omawia właściwości tychże, podnosi szczególnie to, że digitalis wskazany jest w niedomodze komory prawej, przy arytmji; ouabaina w niedomodze lewej komory. Coffeinę uważa za środek szkodliwy w niedomodze serca. Przy migotaniu przedsionków wskazana jest chinidyna, która działając negatywnie na *bathmo, dromo* inotropizm, przedłuża fazę wypoczynkową mięśni przedsionków, podnosi jednak, że w czasie trwania niedomogi komorowej może być stosowana tylko po digitalizacji.

W dyskusji zabierali głos kol.: M. Arnsztein, Bieniek, Dziemski, Chromiński, Wąsowski i Mandelbaum. Kol. Arnsztein zwraca uwagę, iż przy *angina pectoris* dzielnym środkiem jest morfina. Kol. Bieniek zapytuje czy wszyscy fizjologowie współcześni przyjmują tezę prelegenta o czterech zasadniczych właściwościach serca. Kol. Dziemski występuje w obronie małych dawek digitalisu przy niedomodze serca. Kol. Wąsowski wspomina o działaniu strofantyny. Kol. Chromiński o działaniu glukozy. Kol. Mandelbaum jest zdania, iż należałoby połączyć dwie sprawy przy omawianiu schorzeń serca i sprawę serca i sprawę naczyń.

Prelegent w odpowiedzi zaznacza, iż morfina rzeczywiście jest dzielnym środkiem przy *angina pectoris* lub *oedema pulmonum*, co do małych dawek naparstnicy, sądzi, iż u starszych ludzi mogą one oddać pewne usługi; co do zasadniczych właściwości mięśnia sercowego, fizjologja, obecnie stoi na stanowisku przytoczonem przez prelegenta. Na zakończenie prelegent wspomina o wyższości oscillometru Pachona nad aparatem Riva Rocci z uwagą, iż u Pachona wahania indeksu dają bardzo cenne wskazówki.

Protokół posiedzenia z dnia 4. I. 1926 roku.

Obecnych członków 18 i 7 gości. Przewodniczący Kol. Drożdż.

1) Kol. Rupniewski omawia wypadek chronicznie przebiegającej inwaginacji: pacjent przybył do szpitala z powodu silnych bólów z prawej strony brzucha, chory od lat 12, od czasu do czasu objawy bólów w prawem podżebrzu, wzdęcie brzucha, rozwolnienie, w ostatnich 3—4 latach często krwawy stolec. Przy badaniu stwierdzono duży guz po lewej stronie brzucha. Operacja, w czasie której stwierdzono wgłobienie jelita cienkiego, *coecum, colon ascendens, es romanum* niemal do samego *rectum*. Usiłowania odgłobienia pozostały bezowocne. Chory zmarł.

2) Kol. Morozowa pokazuje preparat wyjęty w czasie sekcji wzmiankowanego wypadku. Po przecięciu *es romanum* stwierdzono, iż mamy do czynienia z podwójnem wgłobieniem jelita biodrowego w *coecum i colon ascendens*, a następnie w całości *colon transversum* i *es romanum*.

W dolnym odcinku wgłobionego jelita znaleziono dość gruby postrenkowaty zrost ze śluzówką *rectum* części wgłobionej.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3) Kol. Dziemski wygłosił referat p. t.: *o curieterapji*. Prelegent po omówieniu właściwości radu i promieni radu α, β, γ i emanacji radowej wskazuje, że ciała radjoaktywne, działając na tkanki żywe, wywołują w nich pewne zmiany; biologiczną właściwość tą promieni wykorzystano w celach leczniczych. Jest trzy rodzaje leczenia alfa beta i gama terapja. Najstarszą jest alfaterapja i ta polega na wprowadzeniu do organizmu radu w postaci napojów, injekcji, lub inhalacji soli radowych lub emanacji. Alfaterapję stosuje się w cierpieniach reumatycznych. przeciwwskazaną jest alfaterapja w daleko posuniętem obniżeniu ciśnienia krwi. Betaterapję stosuje się w postaci naświetlań w dermatologji w powierzchownych schorzeniach skóry. Gammaterapja ma najszersze zastosowanie. Celem racjonalnego zastosowania gamma terapji otaczamy rad szeregiem filtrów ułożonych w tak zwanych aplikatorach: płytkach, igłach i tubkach. Najnowszą formą aplikatorów są igły. Aplikatory płaskie nadają się do leczenia powierzchownego, tubki do jam, igły do wbijania wewnątrz chorych tkanek. Dawkowanie radu ujmuje się w milligramo godzinach. Rad stosuje się naskórnie, dośluzówkowo i wewnątrztkankowo. Tkanki różnych organów odznaczają się rozmaitą wrażliwością na promienie radu. Bardzo wrażliwe na działanie promieni radu są gruczoły chłonne i gruczoły rozrodcze. Włókna tkanki łącznej posiadają znaczną odporność. Curieterapja okazała się skuteczną w nowotworach złośliwych, dobrotliwych, promienicy i guzach zapalnych. W raku skóry mamy 100% wyleczeń. Radioterapja usuwa znamiona, keloidy i wilka skóry. Prócz tego rad stosuje się przy krwawieniach macicznych na tle zaburzeń w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem, przy włókniakach macicy gdzie stosowanie radu wywołuje prawie natychmiastowe zatrzymanie krwawień i zmniejszenie włókniaków. W okulistyce rad stosuje się w jaglicy, w laryngologji przy przeroście migdałków i twardzieli.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Wąsowski, Cywiński, i Drożdż, który zaznaczył, iż rozwój radjoterapji i racjonalne jej wyzyskanie będzie możliwem wtedy, gdy w Polsce powstanie instytut radioterapeutyczny, który obecnie buduje się w Warszawie ze składek społeczeństwa.

Kol. Dziemski zaznaczył, iż obecnie już w niektórych miastach Kasy Chorych pozwalają korzystać swym członkom z radjoterapji.

Protokół posiedzenia z dnia 18. I. 1926 roku.

Obecnych 20 członków i 4 gości. Przewodniczący Kol. Drożdż.

1) Kol. Mandelbaum pokazuje chorego z *polineuritis arsenicalis;* pacjent lat 25 przed kilku tygodniami zamiast cukru omyłkowo wrzucił sobie do herbaty trutkę na myszy, przechorował ten swój błąd z objawami zatrucia, wymiotami, bólami żołądkowemi i biegunką, poczem zaczęły mu drętwieć palce rąk i nóg i miał uczucie jakdyby chodził po gumie. Objawy te nasilały się i obecnie pacjent chodzi powoli z szeroko rozstawionemi nogami, ręce trzyma niezręcznie, siła mięśniowa kończyn osłabiona, znieczulenie w zakresie palców rąk i nóg, brak odruchów kolanowych i z Achillesów.

W dyskusji zabierali głos kol. Arnsztein i Jaczewski. Kol. Arnsztein zapytuje czy pacjent ma bóle. Kol. Jaczewski czy było zrobione badanie moczu metodą Marsh'a, która wykrywa minimalne dawki arszeniku. Kol. Mandelbaum odpowiada, że pacjent bólów niema, ma tylko parestezję i że badanie moczu na arszenik nie było przeprowadzone.

2) Kol. Mandelbaum pokazuje pacjentkę ze *sclerodermją*, chora lat 32 przed kilku laty zauważyła drżenie rąk, obrzęk stawów oraz to, iż na zimnie bielały jej palce, poczem uczuwała w tychże silny ból. Obecnie palce ma zgięte, stawy zgrubiałe paznokcie zniszczone, dłoń przy zgięciu palców nie domyka się, skóra błyszcząca, sucha z trudem ujmuje się w fałd. Twarz jakgdyby zmniejszona, skóra na niej obciągnięta błyszcząca, mimika zachowana, lecz ograniczona, czoło marszczy się, rozwieranie ust ograniczone, ciśnienie krwi niskie. Krew i mocz bez zmiany. Kol. Mandelbaum omawia patogenezę tego cierpienia i przytacza teorje istniejące w tej sprawie.

3) Kol. Czerwiński demonstruje a) preparat macicy z rozpoznaniem anatomo-patologicznem *adeno-carcinoma corporis uteri*, zmiany makroskopowe po wyskrobaniu są minimalne za wyjątkiem ujścia jajowodu, b) preparat jaja płodowego z ciąży pozamacicznej, c) preparat *fibromyoma subserosum*.

4) Kol. Wośkowski wygłosił referat pod tytułem: przypadki eklampsji leczone w szpitalu Św. Wincentego w Lublinie w ciągu pięciu lat (autoreferatu nie dołączono).

Dyskusję nad tym referatem odłożono do następnego posiedzenia.

5) Kol. Brzeziński odczytał sprawozdanie kasowe pracowni anatomo-patologicznej Lub. T-wa Lek. za rok 1925. Dochód wyniósł 5151 zł. 92 gr. Rozchód 4701 zł. 15 gr.

6) Z kolei kol. sekretarz w zastępstwie nieobecnej kierowniczki pracowni anatomo-patologicznej kol. Morozowej odczytał sprawozdanie z pracowni za rok 1925. Sekcji wykonano 52, rozbiorów mikroskopowych 184.

7. Kol. Jaczewski komunikuje, iż polskie Towarzystwo Dermatologiczne przysłało do swej filji w Lublinie kwestjonarjusz w sprawie używania tytułu specjalistów. Kol. Jaczewski proponuje utworzenie komisji przez T-wo Lekarskie, która to komisja zastanowiłaby się nad tą sprawą. Wniosek przyjęto. Do Komisji wybrano kolegów M. Arnszteina, Jaczewskiego, Skibińskiego, Czerwińskiego, Jaworskiego, Cywińskiego i Drożdża.

Sekretarz: (—) *Dr. E. Rupniewski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dn. 17. listopada 1926 r.

I. Kol. Tomaszewski przedstawił chorego Wł. S., lat 23, po operacji *wola* wielkości głowy 3-letniego dziecka; przypadek zasługuje na uwagę ze względu na powikłania pooperacyjne. Operacja dokonana była dwuczasowo. Usunięcie pierwszej połowy chory zniósł zupełnie dobrze. Na trzeci dzień po usunięciu drugiej połowy chory dostał nagle ataku, podczas którego nastąpił bezwład kończyn górnej i dolnej po stronie prawej oraz utrata mowy. Chory zaczął ciężko oddychać, tętno podniosło się do 140; następnego dnia bezwład kończyny dolnej przeszedł zupełnie bez śladu, w górnej pozostał pewien niedowład, ale mowa nie wróciła. Później chory stopniowo odzyskiwał władzę w ręku i zaczął mówić coraz więcej. W pierwszych dniach po ataku chory pił bardzo dużo; badanie moczu wykazało komórki nerkowe i wałeczki ziarniste. Chory operowany był w znieczuleniu miejscowem (nowokaina) i nie otrzymał ani kropli eteru lub chloroformu. Obecnie odpowiada na pytania, choć brak mu jeszcze bardzo wielu wyrazów, mowa poprawia się z każdym dniem. Zdaniem kol. Tomaszewskiego jest to przypadek zatoru w okolicy ośrodka mowy.

II. Kol. Kumant przedstawia dwuch chorych w wieku 63 i 68 lat po rozległej resekcji żołądka.

1. Józef W., lat 63, przyjęty do szpitala 2. III. 26. Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego nie odczuwa. Przed 14 dniami nagle zemdlał. Stan odżywienia upośledzony. Badanie brzucha wykazało: żołądek nieco wzdęty, wysłuchuje się w nim pluskanie; w okolicy pępka wyczuwa się guz twardy, przesuwalny, o gładkiej powierzchni, wielkości małego jabłka. 3. III. 26. u pacjenta dokonano w znieczuleniu miejscowem: *resectio ventriculi modo* Reichel-Polya. Przebieg pooperacyjny pomimo wysokiego wieku bez powikłań. 19. III. pacjent opuścił szpital. W okresie następnych 5 miesięcy pacjentowi przybyło na wadze 5 kg.

2. Stanisław F., l. 68, przyjęty do szpitala 25. X. 26. Od 30 lat ucisk i uczucie palenia w żołądku. W przeciągu kilku ostatnich dni pacjent 3-krotnie wymiotował treścią o wyglądzie „czarnej kawy". Badanie wykazuje: brzuch wzdęty, rezystencja w *regio epigastrica* wzmożona; Roentgenem stwierdza się ubytek cienia w jamie odźwiernikowej. 26. X. 26. dokonano u pacjenta *resectio ventriculi modo* Reichel-Polya w znieczuleniu miejscowem. Przebieg pooperacyjny (pomimo wysokiego wieku) bez powikłań. 10. XI. 26. pacjent opuścił szpital.

III. Kierownik Państwowego Zakładu Higjeny Dr. L. Hirszfeld (z Warszawy) wygłosił odczyt p. tyt.: *„O indywidualności krwi"*. Praca ukaże się w druku.

W dyskusji wzięli udział kol. Mogilnicki, Goldblum, Nestor Goldblum, Gliksman, Frenklowa, Żurkowski, Manteuffel i Tenenbaum.

IV. Kol. Dengel przedstawia nader rzadki przypadek preparatu *tętniaka tętnicy brzusznej (aneurysma aort. abdomin)*, który pękł za życia, powodując śmierć natychmiastową. Omawiając to rzadkie schorzenie, podkreśla, jego przebieg kliniczny. Przypadek dotyczył 66-letniego mężczyzny, który zachorował wśród objawów częściowej niedrożności jelit, bólów neuralgicznych w okolicy lędźwiowej (lumbago) oraz przenikliwych bólów napadowych w jamie brzusznej promieniujących w kierunku kanału pachwinowego. Objawy te należy przypisać uciskowi tętniaka na sploty współczulne otaczające aortę brzuszną, co musiało wywołać zarówno bóle silne w jamie brzusznej, a przez *plexus spermatic. inf.* bóle promieniujące w kierunku kanału pachwinowego, jako też przez podrażnienie *n. splanchnici major.* musiało spowodować parezę jelit i objawy częściowej niedrożności.

Protokół wieczoru Seminaryjnego z d. 24 listopada 1926 roku.

Kol. Mittelstaedt wygłosił referat pod tytułem: *„Urządzenia Sanitarne i Szpitalnictwo Jugosławji"*. Wrażenia z wycieczki naukowej. Referat ukaże się w druku.

Protokół posiedzenia z dn. 8 grudnia 1926 r.

I. Kol. Grosglik przedstawia 20-letnią pannę z *metropathia hämorrhagica juvenilis:* Od 7 miesięcy nieprawidłowe menstruacje, trwające po 10 dni; bardzo obfite w ostatnich czasach krwawienia z małemi przerwami. Obraz Hematologiczny zwykły, tylko czas krzepliwości przedłużony (25.); objaw opaskowy ujemny. 18. X. 26. naświetlanie śledziony, $^1/_8$ HED. 22. X. 26 krwawienie ustąpiło; 27. XI. 26 menstruacja zupełnie normalna, trwała 4 dni.

II. Koledzy Grosglik i Bemer przedstawiają 24-letniego chorego z *osteosarcoma cranii recidivans et protrusio bulbi sinistri.* Chory swoje cierpienie zauważył 10. VI. 24; guz na ciemieniu, często krwawiący, mało bolesny. 17. X. 24. resekcja sklepienia czaszki (Dr. Watten). Badanie drobnowidzowe: *Sarcoma*. Po operacji bóle w czaszce przemijające; drgawek nie było. Od XII. 24 do jesieni 1925 r. czterokrotnie naświetlany (nie przez autora). 21. I. 26 po raz pierwszy kol. Grosglik widział chorego: *na lamina interna cranii* rozrzucone guziki, większe guzy na kościach potylicowej, skroniowych i czołowej, otaczających defekt pooperacyjny. Ból samorodny oraz na ucisk tak silny, że utrudnia noszenie kapelusza. Obraz krwi zwykły. 21. I. — 28. I. roentgenizacja czaszki. Bóle ustąpiły, guzy i guziki znikły, granice defektu tak przypłaszczone, że uwydatnia się dach czaszki. VI. 26 recydywa, lekki exophtalmus lewego oka spowodowany przez guz pozagałkowy. VI, VIII i IX. 26 roentgenizacja (nie przez autora); po krótkiej poprawie — *protrusio bulbi sinistr.* coraz większe, silne bóle nad lewem okiem. Obecnie mamy kilka guzów rozmaitej wielkości, ale zawsze dużych na czaszce, guz pozagałkowy lewy z wybitną *protrusio bulbi*, silne bóle nad okiem lewem oraz w skroni lewej, jak gdyby miało rozsadzić skroń.. Nowotwór przeszedł już na lewy *bulbus*, obraz krwi normalny WR.; Odczyn Benca Jones'a ujemny. Chory skarży się na bóle w kręgosłupie i mostku, ale roentgenografja zmian nie wykazuje. 30. II. 26 kol. Grosglik rozpoczął naświetlanie przedewszystkiem guza pozagałkowego; z powodu mdłości chorego dotychczas naświetlań jeszcze nie skończono. Pomimo to guz nad okiem lewem już się nieco przypłaszczył ustąpiło również i uczucie rozsadzania lewej skroni.

III. Kol. Kryszek demonstruje chorego A. Z., lat 32, z oddziału wewnętrznego Szpitala fundacji Poznańskich z *niedomykalnością zastawek tętnicy głównej i towarzyszącym szmerem Flinta*, i z jednoczesną *aleukämja szpikową*. Chory przebył przed 3 laty gościec stawowy. Od tego czasu wyrównana wada zastawkowa. Obok klinicznych objawów niedomykalności zastawek tętnicy głónej u chorego stwierdza się nawewnątrz od linji sutkowej, na ściśle ograniczonej przestrzeni — szmer przedskurczowy *crescendo* oraz turkoczący i szmer rozkurczowy.

Za tłomaczeniem szmeru przedskurczowego, jako szmeru Flinta — przemawiają następujące okoliczności:

1) brak akcentuacji nad tętnicą płucną, której należałoby się spodziewać w przypadku zwężenia zastawki,

2) brak przykręgowego przedsionkowego przytłumienia,

3) wynik prześwietlenia Roentgenem — charakterystyczna konfiguracja aortalna o kształcie buta (kol. Keilson).

Po omówieniu mechanizmu powstawania szmeru Flinta, kol. Kryszek przypomina, że podobny szmer przedskurczowy Flinta demonstrował w r. ub. w przypadku *Endocarditis lenta* z niedomykalnością zastawek tętnicy głównej. Ostateczne ustalenie rozpoznania szmeru Flinta nastąpić może jedynie przez sekcję, powinna ona w tych przypadkach wykluczyć wszelkie zmiany zwężeniowe na zastawce dwudzielnej. Przypadek demonstrowany zasługuje na uwagę i ze względu na współistniejące powiększenie śledziony, sięga ona ku dołowi do talerza biodrowego, na lewo przekracza linję środkową — o powierzchni gładkiej i twardej i na niewielkie powiększenie wątroby, kiła, zimnica, żółtaczka Hemolityczna — wykluczone. Orjentacyjne badanie krwi przy przyjęciu chorego do szpitala wykazało: 12.000 ciałek białych i pojedyńcze myelocyty i myeloblasty. Badanie powtórne wykazało 12.800 białych ciałek, zaś tuż po dokonanej próbie czynnościowej śledziony — (1 mlg. adrenaliny podskórnie) 80.000 białych ciałek z przewagą myelocytów i myeloblastów (badania kol. Kocena). W 3 dni później 60.000 białych ciałek z przewagą elementów szpikowych, uderza wpływ adrenaliny na dotąd zamaskowany obraz krwi i nasuwa myśl możliwości przejścia obrazu aleukämji w lekämję szpikową przez zadziałanie adrenaliny.

IV. Kol. Neumark przedstawia przypadek *sklerodermji* u 42-letniej kobiety z typową chorobą Basedowa. Typowy obraz twardzieli skóry symetryczny na podudziach. Twardziel wystąpiła w dwa lata po zjawieniu się pierwszych objawów Basedowa.

Prawdopodobnie jest to schorzenie wielogruczołowe.

W dyskusji nad pokazami chorych zabierali głos koledzy Gliksman, Kocen, Uryson, Goldenberg, Tenenbaum oraz kol. Grosglik.

Protokół posiedzenia z dn. 22 grudnia 1926 r.

I. Kol. J. Kon demonstruje 10-letniego chłopca. Przed 4 laty przechodził odrę; po odrze wystąpiło gruźlicze zapalenie wysiękowe otrzewny. Od tego czasu pozostał duży brzuch, w którym wyczuwa się ogromną twardą gładką śledzionę, sięgającą do pępka. Poza tem stwierdza się powiększenie gruczołów wnękowych. Badanie morfologiczne krwi, badanie moczu, odczyn Wassermanna, zdjęcie roentgenologiczne przewodu pokarmowego i nerek nie dają żadnych wyników, mogących ułatwić rozpoznanie (od ustalenia którego mówca narazie się wstrzymuje)..

II. Kol. Kocen wygłosił odczyt pod tytułem: *„Wartość kliniczna nowszych badań laboratoryjnych".*

Mówca omawia wartość kliniczną kilku nowszych badań laboratoryjnych, co do których ma swój własny materjał i pewne wyniki. W pierwszej części swego referatu zastanawia się dłużej nad wartością określania białka, poszczególnych jego frakcji, jak globulin, albumin, pseudoglobulin i fibrynogenu, przyczem dość szczegółowo objaśnia sprawę powstawania fibrynogenu i wahania w ilościach fibrynogenu w różnych stanach chorobowych. W związku z określaniem fibrynogenu zwraca mówca uwagę na objaw aglomeracji czerwonych ciałek w grubo rozmazanej na szkiełku podstawowym kropli krwi — objaw ten uważa prelegent za równobieżny z opadaniem czerwonych ciałek.

W drugiej części referatu mówca omawia wartość oznaczania cukru we krwi i wartość oznaczania krzywej (poborowej) cukru we krwi po spożyciu pewnej określonej ilości cukru doustnie.

W części ostatniej referatu porusza mówca rolę elektrolitów w układzie roślinnym i wartość określania jonów wapnia i potasu w przebiegu różnych spraw chorobowych.

W dyskusji kol. Klozenberg zapytuje czy istnieje związek pomiędzy obrazem krwi Schelinga, — a stosunkiem albumin do globulin.

Kol. Uryson zaznacza, że o ile wiemy, że globulinaemia powstaje wskutek zwiększonego rozpadu białka, nie wiemy natomiast wskutek czego powstaje albulinaemia; tak samo nie możemy powiedzieć w jakich przypadkach i w jakich cierpieniach (kiedy) występuje zwiększona ilość fibrynogenu. Podług niektórych autorów uszkodzona komórka wątrobowa ma wpływać na powstanie fibrynogenu.

Kol. Witoński mówi o znaczeniu badań czynnościowych wątroby i wspomina o jednoczesnem podawaniu wody i glukozy.

Kol. Rozenberg zaznacza, że kapilaroskopja może dać te same wyniki przy określeniu szybkości opadania krwi co i gruba kropla.

W odpowiedzi kol. Klozenbergowi — prelegent mówi, że z prac Zondeka wiemy, iż istnieje pewien związek pomiędzy wzorem morfologicznym krwi a napięciem odpowiednich nerwów układu roślinnego. Dotychczas niewiadomo, czy istnieje jakiś związek pomiędzy napięciem układu roślinnego a stosunkiem albumin i globulin, prace w tym kierunku zostały rozpoczęte. — Dalej odpowiada, że szereg autorów utrzymuje, że fibrynogen powstaje we wszystkich prawie narządach, a ostatnio wielką rolę w powstawaniu fibrynogenu przypisują układowi siateczkowo śródbłonkowemu. — Dalej, że jednoczesne obciążenie ustroju wodą i podawaniem cukru dla określania wydolności wątroby ma te ujemne strony, iż w warunkach, gdy ustrój zatrzymuje wodę, co przecież zdarza się często w przebiegu różnych schorzeń — ilość cukru we krwi może podlegać wahaniom w zależności od ilości zatrzymanej wody.

Towarzystwo Lekarskie Druskienickie.

W dn. 5. VI. r. b. odbyło się Walne Zebranie pod przewodnictwem prof. Żebrowskiego Edwarda.

Obecnych było 15 członków.

Sekretarz Twa Dr. Obiezierski Marjan odczytał sprawozdanie z rocznej działalności Towarzystwa pod względem na-

ukowym i starań w kierunku meljoracji zdrojowiska. Two odbyło 3 posiedzenia, na których były wygłoszone odczyty: prof. Żebrowskiego: Wartość lecznicza Druskienik; prof. S. Siengalewicza: O witaminach; prof. W. Jasińskiego: W sprawie leczenia kąpielami solankowemi dzieci w Druskienikach i Dr. L. Szajerowicza: O kąpielach borowinowych.

Tow. zwróciło się z memorjałami w sprawie odbudowy Zdrojowiska do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, do Min. Handlu i Przemysłu oraz do Banku Gospodarstwa Krajowego w Warszawie; do Państw. Inst. Geologicznego w sprawie badań geologicznych Druskienik i do Magistratu w sprawie należytego nadzoru sanitarnego miasta.

Zebranie uchwaliło: 1. zapisać się na członka Twa Balneologicznego, 2. ofiarować 10 złp. na budowę Inst. Balneologicznego, 3. zwrócić się do Zarz. Zdrojowiska, do Magistratu i do Twa Przyjaciół Druskienik z apelem o poparcie Polsk. Twa Balneologicznego.

Zebranie obrało na członków honorowych Twa prof. Ciechanowskiego Stan. i prof. Żebrowskiego Edwarda.

Do zarządu na rok bieżący weszli: prof. Jasiński — prezes, Dr. Szajerowicz — zastępca, Dr. Falheim i Iliński — sekretarze, Dr. Finkielstein — skarbnik.

Członkowie Komisji Rewizyjnej — Dr. Pietkiewicz i Gudzyński.

SPRAWY ZAWODOWE.

Uchwały VIII. Walnego Zebrania Związku Lekarzy Państwa Polskiego w dniu 24. IV. 1927 roku.

Walne Zebranie Związku Lekarzy uchwala: utworzenie Sekretarjatu Generalnego od dnia 1. VII. 1927 r.

Walne Zebranie uchwala powierzyć Wydziałowi Wykonawczemu Z. G. opracowanie memorjału do Dziekanów Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów w sprawie upośledzenia stanu lekarskiego i obniżania poziomu wiedzy lekarskiej wskutek wadliwej organizacji Kas Chorych z prośbą o ujawnienie swych zapatrywań w powyższej sprawie.

Walne Zebranie Z. L. P. P. w dn. 24 IV. 1927 r. w Warszawie czuje się zniewolonem wobec projektowanego wniosku do ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, godzącej zarówno w interesy szerokich mas ubezpieczonych jak i stanu lekarskiego, oświadczyć, co następuje:

1. Postanowienia projektowanej ustawy rozszerzające znacznie świadczenia dla ubezpieczonych przy równoczesnem zmniejszeniu wkładek nietylko nie przyczynią się do utrwalenia i umocnienia instytucj Kas Chorych, lecz przeciwnie, uniemożliwiając racjonalną gospodarkę, podkopują jej istnienie.

2. Objęcie przymusem ubezpieczeniowym wszystkich osób, zatrudnionych na podstawie stosunku służbowego lub roboczego z wyjątkiem przewidywanych w art. 4, jest sprzeczne z założeniem, dla którego zostały powołane Kasy Chorych jako przeznaczone dla osób gospodarczo słabych.

3. Godząc się zasadniczo na rozstrzyganie wszelkich sporów pomiędzy lekarzami, a Zarządami instytucyj ubezpieczeniowych w drodze arbitrażu, wypowiadamy się stanowczo i bezwzględnie przeciwko takiemu arbitrażowi, który pozbawiony wszelkich podstaw bezstronności, oddaje nas na łaskę i niełaskę Zarządom instytucyj ubezpieczeniowych i Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej.

Uważamy, że w arbitrażu decydujący głos może mieć tylko delegat Sądu, jako instytucji w założeniu swem bezstronnej.

4. Utrudnienie przynależenia do instytucyj ubezpieczeniowych osobom samodzielnie zarobkującym, a gospodarczo słabym, jest sprzeczne z nowocześnie pojętą opieką społeczną.

5. Sankcje, przewidywane przez art. 221 projektowanej ustawy przeciwko lekarzom, znajdującym się w stanie bezkontraktowym z instytucjami ubezpieczeniowemi, czynią z dobrowolnego arbitrażu przymusowy, co jest pogwałceniem Konstytucji, gwarantującej wolność pracy i koalicji oraz niesłychanym zamachem na wolność stanu lekarskiego.

Związek Lekarzy P. P. przystępuje do międzynarodowego zrzeszenia zawodowego lekarzy (APIN).

Walne Zebranie poleca wszystkim Okręgom dążyć do zjednoczenia wszystkich kolegów w jednej organizacji zawodowej, która stać się winna placówką obrony interesów stanu lekarskiego jak również zabezpieczenia zdrowia publicznego. Walne Zebranie stwierdza, że Związek stoi na stanowisku potrzeby istnienia i rozwoju instytucji leczenia i ubezpieczenia społecznego. Równocześnie jednak stwierdza konieczność reorganizacji dzisiejszych Kas Chorych.

Walne Zebranie uchwala wydać podręcznik dla członków Związku Lekarzy P. P., mający na celu zaznajomienie z celami Związku i całokształtem życia społeczno-lekarskiego. Opracowanie i wydanie podręcznika poleca się Okręgowi Wielkopolsko-Pomorskiemu.

Walne Zebranie Związku Lekarzy P. P. porucza Zarządowi Głównemu wobec przewidzianej nowelizacji podatku przemysłowego opracowanie w porozumieniu ze Związkami zawodowemi innych wolnych zawodów memorjału w sprawie zwolnienia wolnych zawodów od podwójnego opodatkowania w postaci podatku obrotowego.

Walne Zebranie uchwala przeznaczyć:

1. Złotych 500 na Kasę Wdów i Sierot po Lekarzach przy Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem.

2. Pięć subsydjów po zł. 100. dla studentów ostatnich dwuch lat studjum medycznego wszystkich pięciu wydziałów lekarskich Uniwersytetów Polskich.

Skład Zarządu Głównego Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Wydział wykonawczy: Prezes: Edward Orłowski Warszawa. Wiceprezes: Kazimierz Wagner Warszawa, Sekretarz: Stanisław Hagmajer Warszawa, Skarbnik: Stanisław Mutermilch Warszawa, Witold Szumlański Warszawa.

Zastępcy: Jan Jakimowicz Warszawa, Zofja Wojno Warszawa, Wacław Goździcki Warszawa, Ludomir Nowacki Warszawa, Franciszek Kowalski Warszawa.

Członkowie z prowincji: Bronisław Bartkiewicz Zawiercie, Otto Andrzej Steinborn Toruń, Marjan Alojzy Franke Lwów, Zygmunt Dymiński Poznań, Grzegorz Grzybowski Kraków, Bronisław Zieleniewski Sosnowiec, Adam Karwowski Poznań, Władysław Wrześniowski Częstochowa, Tomasz Kożuchowski Lublin, Bolesław Mision Łódź.

Zastępcy z prowincji: Narcyz Michałowicz Brodnica Pomorze, Marcin Zieliński Kraków, Wacław Królewski Kowel, Alfons Gaszkowski Starogard, Jan Ożga Turka n. Stryjem, Aleksander Dubiski Ostrów Wielkop. Artur Starzyński Łódź, Zenon Leńko Lwów, Jan Olewiński Radom.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. JAN PAPÉE

Wspomnienie pośmiertne, wygłoszone przez prezesa Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, dra Witołda Ziembickiego, na posiedzeniu Towarzystwa dnia 1 lipca 1927.

Posiedzenie dzisiejsze przychodzi mi rozpocząć wspomnieniem pośmiertnem. W progi Towarzystwa Lekarskiego zawitała bowiem znów żałoba. Prawo nieuleczalnej choroby spełniło swój, od szeregu miesięcy oczekiwany wyrok i zabrało z pomiędzy nas doktora Jana Papéego, w nocy z dnia 29 na 30 czerwca.

Żałoba nasza po tym człowieku jest, rzec można, podwójną.

Najpierw: żal przejmuje nasze serca po stracie zacnego i szanownego Kolegi i Członka tego Towarzystwa.

Powtóre: ukorzyć się musimy wszyscy przed śmiercią Tego, kto dzierżył naczelne stanowisko najwyższej magistratury zawodowo-lekarskiej.

Jako Kolega — skromny, cichy, nie pragnący nigdy niczego dla Siebie. Jako Prezydent Izby Lekarskiej, przedtem jej Wiceprezydent, a przedtem Sekretarz, — przez dziesiątki lat myślący tylko o drugich; o każdym z nas z osobna, o wszystkich razem, jako o społeczności lekarskiej.

Gdyby się chciało jednym przymiotnikiem scharakteryzować Jego żywot, musiałoby się określić go jako żywot *pracowity*. Niezmierna, mrówcza pracowitość była znamieniem Jego — i jako lekarza — i jako reprezentanta władzy zawodowej. Patrząc na Jego czynności lekarskie, mimowoli zadawało się sobie pytanie, kiedy ten Człowiek znachodzi czas na bezprzykładną wprost i pod względem obowiązkowości i pod względem wyników, działalność urzędową. Patrząc na akuratność Jego pracy urzędowej, pytało się, kiedy znachodzi On czas na rozległe czynności lekarskie: prywatne, społeczne, rządowe.

Skojarzyło się w Nim jakgdyby dwóch ludzi, mieniających się kolejno, nie przeszkadzających sobie wzajemnie, nigdy nieznu-

żonych. Toteż znoju tego, który zapełnił Jego życie w ciągu lat 62, nie byłoby za mało na dwa inne, równie długie życia.

Datą urodzenia śp. Papéego był 25 sierpnia 1865 r.

Urodził się we Lwowie, dyplom uzyskał w Krakowie, dnia 14 kwietnia 1891. W rok później mianowany lekarzem pomocniczym bezpłatnym Szpitala Powszechnego we Lwowie, znowu w rok później sekundarjuszem drugiej, a znów po roku sekundarjuszem pierwszej klasy, służył do dnia 30 czerwca 1899 r.

Pod koniec służby szpitalnej wchodzi do Izby Lekarskiej jako członek Wydziału. W r. 1905 zostaje wybrany Wiceprezydentem Izby. W r. 1914, po śmierci Prezydenta Festenburga, zostaje Prezydentem i odtąd piastuje ten wysoki urząd do śmierci, trzykrotnie ponownie wybierany.

Poza czynnościami zawodowemi i urzędowemi w Izbie, pełnił wiele innych funkcyj i piastował wiele innych godności. Był: naczelnym lekarzem Dyrekcji Policji we Lwowie, ordynatorem Polikliniki Lwowskiej, Członkiem Rady m. Lwowa, członkiem i wiceprezesem Polskiego Tow. Dermatologicznego, członkiem Wydziału Tow. Lekarzy Polskich b. Galicji, członkiem Wydziału Tow. Higjenicznego, członkiem Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie. W naszem Towarzystwie pełnił w r. 1910 obowiązki skarbnika, a w r. 1920 obowiązki wiceprezesa. Wszędzie był przykładem, jak powinno się, przyjęte raz zobowiązania, pojmować.

Nie poprzestawał na pracy w miejscu. Ilekroć tego wymagała potrzeba, lub wołało Go poczucie obowiązku, udawał się bez wahania i ofiarnie w podróż, przed wojną na niezliczone narady Izb Lekarskich czyto do Wiednia, czy do któregoś z innych miast Monarchji, po wojnie do Warszawy i indziej. Spieszył wszędzie tam, gdzie była konieczną, lub choćby tylko wskazaną obecność Jego, jużto jako obrońcy interesów stanu lekarskiego, jużto jako fachowca, któremu równych niewielu było w b. Monarchji austrjackiej, a który w Polsce siłą doświadczenia i gruntownej znajomości przedmiotu wysunął się w tym względzie na czoło.

Nie dość na tem. Przy tem wszystkiem znachodził czas na pracę piórem. Najpierw, od roku 1898, t. j. przez lat bez mała 30, zrazu jako sekretarz Izby Lekarskiej, następnie już jako wiceprezydent, a nawet jako prezydent, osobiście prowadził, redagował i ogłaszał trudne, ważne i niesłychanie dokładne protokoły z posiedzeń Izby Lekarskiej, które, razem wziąwszy, stanowią poprostu całą historję tej instytucji. Ponadto napisał wiele prac, z których wymieńmy najważniejsze, dzieląc je zarazem na trzy grupy:

I. Prace naukowo-lekarskie:

1) Choroby weneryczne, ich rozszerzenie i zapobieganie. Lwów, 1906, str. 26. Wydawn. Tow. Higjenicznego. Wachholz, oceniając to dziełko na łamach *„Przeglądu Lekarskiego"*, nie szczędził mu największych pochwał i podkreślał, że „....z każdego wiersza widnieje wielkie doświadczenie autora, który pracą tą, co do znaczenia praktycznego o wiele donioślejszą od niejednej t. zw. oryginalnej, zasłużył się dobrze sprawie publicznej".

2) Pozapłciowe zakażenie kiłą. *Przegl. Lek.*, 1909.

3) Zmiany kiłowe na błonach śluzowych o charakterze wczesnym, 10 względnie 13 lat po zakażeniu. *Tyg. Lek.*, 1909.

4) Syphilis d'emblée. Przyczynek do patologji kiły. *Tyg. Lek.*, 1911.

5) O leczeniu szczepionką powikłań rzeżączki. *Tyg. Lek.*, 1912.

6) Przypadek reinfekcji kiłowej. *Pol. Gaz. Lek.*, 1925.

7) Leczenie zapobiegawcze kiły. *Pol. Gaz. Lek.* 1926.

II. Prace sanitarno-policyjne:

1) Nadzór lekarski nad prostytucją. *Tyg. Lek.*, 1907.

2) Kiła u prostytutek we Lwowie. *Arch. f. Derm. u. Syphil.*, 1908.

3) O reformie prostytucji. *Tyg. Lek.*, 1908.

4) Choroby weneryczne u prostytutek we Lwowie w czasie wojny, w latach 1914—1918. Odczyt (przeznaczony do druku) w Tow. Lek. Lw., 1919.

5) W sprawie projektu ustawy w przedmiocie zwalczania chorób wenerycznych. *Pol. Gaz. Lek.*, 1923.

III. Prace zawodowo- i społeczno-lekarskie.

1) W sprawie organizacji zawodu lekarskiego. *Pol. Czasop. Lek.*, 1921.

2) Wady przedstawionego Sejmowi projektu ustawy o Izbach Lekarskich i o Kasach Chorych. *Pol. Czasop. Lek.*, 1921.

3) Uwagi w sprawie nowej ustawy o Izbach Lekarskich. *Pol. Gaz. Lek.*, 1922.

4) Ustrój i działalność Izb Lekarskich w b. Państwie Austrjackiem. *Pol. Gaz. Lek.*, 1924.

5) Ubezpieczenie lekarzy i ich rodzin. *Pol. Gaz. Lek.*, 1925.

Na koniec wspomnieć pragnę o dwu nekrologach, napisanych przez Papéego. Pierwszy to nekrolog Różańskiego (*Tyg. Lek.*, 1907), drugi Festenburga, (*Tyg. Lek.*, 1914). Wspominam o nich dlatego, bo te dwa życiorysy — to jakby symbole Jego własnego życia. Niema wątpliwości, że dwaj ci ludzie wywarli decydujący wpływ na losy i całe życie Papéego.

Potężny umysł Różańskiego kształcił w Nim znakomitego lekarza, a zarazem przygotował go do przyszłego urzędu w Izbie. Bo nie kto inny tylko Różański walczył w pierwszych szeregach o stworzenie zawodowej reprezentacji stanu lekarskiego. Różański też, po powołaniu do życia Izb Lekarskich w Państwie Austrjackiem, w r. 1893 został pierwszym Prezydentem tej Izby we Lwowie. Pod jego to kierunkiem doskonalił się Papée-lekarz specjalista, Papée-referent specjalista w sprawach, w zakres działania Izb Lekarskich wchodzących.

Festenburg, swą przysłowiową sumiennością i dokładnością, dokończył przygotowania Papéego, jako swego następcy na fotelu Prezydenta Izby.

Dlatego też, pisząc o tych dwóch niepospolitych mężach, w których ślady wstępował, nagle uderzał Papée w strunę, nie często u Niego objawiającego się na zewnątrz, — uczucia.

Uczucie to drzemało jednak zawsze na dnie tego dobrego serca.

Strata nasza jest wielką. Jest zarazem niepowetowaną..

Cześć pamięci Jana Papéego!

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ze Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. W wyniku dorocznego Ogólnego Zebrania w dniu 3 czerwca r. b. Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich ukonstytuował się jak następuje: Prezes Dr. E. Osiński, wice-prezes Dr. K. Orzeł, sekretarz Dr. St. Tomaszewski, zastępca sekretarza Dr. Cz. Jaworski, skarbnik Dr. E. Jarociński, gospodarz Dr. L. Nowacki, zastępca gospodarza Dr. K. Jasielewicz; członkowie Zarządu: Dr. J. Bełkowski, Dr. A. Gruszczyński, Dr. A. Jasiobędzki, Dr. Br. Łuczycki, Dr. T. Podczaski, Dr. W. Starkiewicz, oraz zastępcy: Dr. St. Antecki, Dr. J. Mazurek, Dr. N. Metelski, Dr. S. Pręczkowski, Dr. J. Zelisławski. Na temże zebraniu na członka honorowego jednogłośnie powołany został Dr. J. Bączkiewicz. Nadto zatwierdzono regulamin komisji zdrowia oraz przyjęto memorjał w sprawie potrzeby utworzenia katedr balneologicznych na uniwersytetach naszych. Memorjał ten został już przesłany Panu Ministrowi Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Panu Ministrowi Spraw Wewnętrznych, a w odpisie Panom Dziekanom Wydziałów Lekarskich i Izbom Lekarskim oraz Naczelnej Izbie Lekarskiej.

W sprawie utworzenia katedr balneologicznych. Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie wniosło na ręce Pana Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Pana Ministra Spraw Wewnętrznych następujące pismo:

Usunięcia braków w urządzeniach naszych uzdrowisk, zaprowadzenia w nich inwestycyj całkowicie współczesnych, słowem stworzenia polskiego przemysłu zdrojowego wymaga zarówno nasze poczucie narodowe, jak i względy natury praktycznej, t. j. zapewnienie liczniejszym, niż dotychczas rzeszom obywateli zarobków i uczynienie z naszych uzdrowisk rzeczywistych wytwórni zdrowia dla pewnej kategorji kuracjuszów, co równa się podniesieniu zdrowotności naszego kraju.

Powstanie zaś przemysłu zdrojowego, jako jednej z gałęzi gospodarstwa narodowego i jego stały rozwój możliwe będą zdaniem naszem, wówczas, dopiero, gdy w akcji mającej na celu podniesienie naszych uzdrowisk, a obejmującej w zgodnej i skoordynowanej pracy zarówno społeczeństwo, jak i Państwo, uwzględnione będą dwa czynniki podstawowe: organizacja gospodarcza i organizacja naukowa naszych uzdrowisk.

Idea zespolenia naszych uzdrowisk w jednej wspólnej organizacji gospodarczej, celem ujednostajnienia i przyśpieszenia prac nad doprowadzeniem naszych uzdrowisk do poziomu wymagań współczesnych i celem zapewnienia stałego rozwoju naszych uzdrowisk już na krótko przed wojną, jeszcze w Polsce niewolnej, w b. zaborze austrjackim, znalazła swoje urzeczywistnienie w Związku zdrojowisk i uzdrowisk z siedzibą we Lwowie.

Po wojnie, w Polsce Niepodległej Związek ten odżył pod mianem „Związku Uzdrowisk Polskich", jako organizacji, ustawowo opartej na zasadach ściśle gospodarczych.

Potrzeba i ważność istnienia takiej gospodarczej organizacji naszych uzdrowisk zostały należycie ocenione przez społeczeństwo

większość bowiem naszych zdrojowisk i uzdrowisk łącznie z uzdrowiskami państwowemi już przystąpiła do Związku.

Ta właśnie okoliczność ostatnia wraz z dużą żywotnością i sprawnością, jakie wykazuje Związek w swej działalności, budzą uzasadnione nadzieje, że naprawa gospodarki naszych uzdrowisk i powstanie w nich urządzeń współczsnych nie każą na siebie czekać długo.

W dążeniu jednak do przyszłego, wszechstronnego rozwoju naszych uzdrowisk lekarze, jako jeden z czynników z istoty rzeczy najwięcej powołanych do wypowiedzenia w tym względzie swego głosu fachowego, tembardziej zrzeszenia lekarskie w głębokiem poczuciu i należytem zrozumieniu obowiązków obywatelskich muszą zwrócić uwagę na to, że całkowity rozwój uzdrowisk naszych oparty będzie na podstawach mocnych wtedy dopiero, gdy na równi z gospodarczą organizacją uzdrowisk pamiętać będziemy o naukowej organizacji tychże.

Muszą wyrosnąć i wejść w życie nowe pokolenia lekarskie, gruntownie uposażone w wiedzę balneologiczną i klimatologiczną spółczesną i specjalnie polską, i one będą owemi rozsadnikami i pionierami naszego zdrojo- i klimatolecznictwa.

Jest przeto rzeczą nieodzowną jaknajrychlejsze utworzenie na uniwersytetach naszych katedr balneologji i klimatologji, któreby obok pełnienia roli pedagogicznej jednocześnie prowadziły ścisłe, metodyczne badania naukowe w zakresie balneo- i klimatologji polskiej.

Tylko w taki sposób pomyślany i przeprowadzony plan podniesienia naszych uzdrowisk, zdaniem naszem, da w wyniku po szeregu lat skutek dobroczynny, t. j. zapewni trwały rozwój naszych uzdrowisk na pożytek gospodarstwa i zdrowotności naszego kraju oraz stworzy uzdrowiskowy przemysł krajowy, zdolny dotrzymać kroku z uzdrowiskami zagranicznemi.

W myśl przesłanek powyższych Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, uzyskawszy aprobatę członków Stowarzyszenia na posiedzeniu dorocznem w dniu 3 czerwca r. b., zwraca się do Pana Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i do Pana Ministra Spraw Wewnętrznych z przedstawieniem, aby raczył swem wstawiennictwem przyczynić się do rychłego spowodowania sprawy utworzenia katedr balneologji i klimatologji na wydziałach lekarskich naszych uniwersytetów.

Sekretarz-Członek Zarządu: (—) *Dr. Cz. Jaworski.*

Przewodniczący: (—) *Dr. E. Osiński.*

Kraków.

W sprawie „Informatora leczniczego" otrzymała redakcja następujące pismo: Zwracam się za pośrednictwem Waszego pisma w celu napiętnowania niewłaściwego sposobu, jakiego chwyciła się administracja t. zw. Informatora leczniczego w celu propagowania swego wydawnictwa, wysyłania za zaliczką bez zamawiania. W mojej nieobecności w Krakowie została wykupiona jako przesłana za zaliczką ta broszura, zawierająca oprócz kilku cennych prac, ogłoszenia o zdrojowiskach, nie zgrupowanych nawet pod względem działania — w treści swej nie wiele odbiegająca od wydanego niedawno „Przewodnika Ilustrowanego po zdrojowiskach", różniąca się jednak ceną, która jest więcej niż 10 krotnie wyższa. Zaliczenie pocztowe przez nieostrożność odbiorcy zostało wypłacone w kwocie 21 zł. za broszurę mającą wartość nie wyższą od Przewodnika po zdrojowiskach, który kosztuje 1 zł. 80 gr. Nie uważam za stosowne ostrzegać kolegów przed nabywaniem rzeczy tak wysoko ocenionej przez wydawców, ale proszę o ostrożność w wypłacaniu zaliczeń pocztowych. O. Bujwid.

Rektorem U. J. na rok szkolny 1927/28 obrany został (ponownie) L. Marchlewski profesor chemji lekarskiej. Dziekanem wydziału obrano St. Ciechanowskiego profesora anatomji patologicznej.

Lwów.

Pogrzeb zasłużonego i długoletniego naczelnika Izby lekarskiej lwowskiej dr. Jana Papéego odbył się w poniedziałek dnia 4 b. m. Wpogrzebie wzięło udział liczne grono lekarzy lwowskich i zamiejscowych wraz z Zarządem Izby, przedstawiciele Wydziału lekarskiego, zrzeszeń lekarskich, Polikliniki, członków Rady miejskiej z prezydentem miasta oraz liczna rzesza publiczności, wśród której zmarły był dobrze znanym i cenionym lekarzem i obywatelem. Przy wyniesieniu trumny z domu żałoby po odśpiewaniu przez chór „Beati mortui", imieniem Rady miejskiej przemówił dr. Poratyński, następnie imieniem Izby i Jej Zarządu pożegnał zmarłego naczelnika prof. dr. Nowicki, podnosząc Jego niemal trzydziestoletnią ofiarną pracę dla dobra stanu i zawodu lekarskiego, którego był orędownikiem i obrońcą, Jego to staraniem, przezwyciężając szereg trudności, a nawet przykrości, powstały ubezpieczeniowe Kasy lekarskie przy Izbie lwowskiej; Kasy te przyniosą pomoc lekarzowi, niezdolnemu do pracy, wdowom zaś i sierotom po kolegach naszych zapewnią możliwe warunki życia. Prym. dr. Ziembicki przemówił imieniem Tow. lekarskiego, dermatologicznego i higjenicznego i podniósł koleżeńskość i pracę bez rozgłosu zmarłego, szanowanego ogólnie. Dr. Krzemicki pożegnał iminiem Polikliniki.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie. XXII. posiedzenie odbyło się w piątek, dnia 1 lpca. Na wstępie przewodniczący, dr. Ziembicki poświęcił wspomnienie pośmiertne ś. p. Janowi Papéemu, prezydentowi Izby Lek. Po przerwie, zarządzonej na znak żałoby, przedstawił dr. Dobrzański przypadek mięsaka migdałka, poczem dr. Lenczowski wygłosił odczyt p. t.: Uwagi w sprawie rokowania w raku szyjki na podstawie badań drobnowidowych, (jako trzeci z rzędu referat kliniki położniczo-ginekologicznej w sprawie leczenia raka energją promieniotwórczą). Następne posiedzenie odbędzie się po ferjach letnich, w piętek, dnia 30 września.

Z kraju.

Walne Zgromadzenie Delegatów Tow. Lekarzy Polskich b. Galicji odbyło się dnia 5 czerwca 1927 w Morszynie. Przybyło 18 delegatów ze wszystkich stron Małopolski; w charakterze gości uczestniczyli w zebraniu starosta i lekarz powiatowy ze Stryja oraz Dr. Dydyński jako przedstawiciel Sp. Akc. „Zdroje Polskie", dzierżawiącej zdrojowisko morszyńskie. Zgromadzeniu przewodniczył Prof. Sieradzki ze Lwowa. Po odczytaniu protokołu ostatniego zgromadzenia, przedstawił prezes Tow. Prof. Rencki sprawozdanie z roku 1926 (drukowane jako załącznik w P. G. Lek.). W dyskusji wnosił kol. Dr. Rossberger aby polecić Radzie Zawiadowczej przygotowanie na następne walne zgromadzenie projektu reformy organizacji Towarzystwa. Starosta Grąziewicz omawia sprawę ochrony sanitarnej i planu rozbudowy zdrojowiska. Kol. Dr. Dydyński przedstawia dotychczasowe prace i plany na przyszłość Tow. Akc. Zdroje Polskie. Następnie skrabnik Tow. Prof. Koskowski przedstawia zamknięcie rachunkowe za r. 1926. Na wniosek kol. Dr. Gawlikowskiego uchwalono absolutorjum Radzie Zawiadowczej i podziękowanie Prezesowi za pracę i dary na rzecz Towarzystwa. Na wniosek Prof. Nowickiego uchwalono wsparcia wdowie po członkach Tow. wedle stanu z roku 1926 i nadal. Przez aklamację uchwalono wybrać ponownie cały Zarząd z Prof. Renckim na czele, a nadto kooptować kol. Dr. Zasowskiego z Jarosławia i Misińskiego ze Stryja. Walne Zgromadzenie uchwaliło jednogłośnie wezwać Radę Zawiadowczą aby postulat Tow. Lek. Lwowskiego co do wzięcia w depozyt bibljoteki Tow. Lek. b. Galicji rozważyła i zgodnie z tem życzeniem — o ile to się da zrobić w ramach statutu, załatwiła a ewent. przyszła z odnośnym wnioskiem na następne Walne Zgromadzenie.

Sprostowanie omyłek drukarskich.

W ogłoszonem w numerze 25-tym Polsk. Gaz. Lek. z 19 czerwca b. r. Sprawozdaniu z posiedzeń Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego zaszły następujące omyłki druku:

Strona	Szpalta	Wiersz	Zamiast	Powinno być
485	1-sza	29	Rożkowskiemu	Borkowskiemu
„	„	53	Pietroniewicza	Pietrasiewicza
„	2-ga	5	otrzymały notatkę	otrzymały władzę.

Redakcja otrzymała:

A. Puławski: „Urządzenie i prowadzenie kuchni szpitalnej, oraz zasady odżywiania chorych w szpitalu". Odb. z Nowin lekarskich, zeszyt 1. z r. 1927.

Ten sam: „Odżywianie chorych szpitalnych". Odb. z Nowin lekarskich zeszyt 7—8 z r. 1927.

Ten sam: „W sprawie bibljotek dla chorych szpitalnych". Odb. z Nowin lekarskich zeszyt 5 z r. 1927.

K. Dąbrowski i S. Wąsowicz: „Dotychczasowe wyniki w leczeniu gruźlicy płuc tiosiarczanem złota i sodu (sanokryzyną)". Odb. z Gruźlicy, R. II. Nr. 3, 1927 r.

Pamiętnik I. Zjazdu lekarskiego w Krynicy, Kraków 1927. Nakł. Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy.

Norbert Maloine: Bibliographie méthodique des livres de médecine. 1927.

Pamiętnik Stowarzyszenia lekarzy Polskich za rok 1926.

W. Grzywo-Dąbrowski: „Dzieciobójstwo z punktu widzenia prawnego i sadowo-lekarskiego". Bibljoteka Gazety Administracji i Policji Państwowej. Tom III.